**Requisitos de inscripción**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre:** |  |
|  | **Apellido paterno** | **Apellido paterno** | **Nombre** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Profesión y grado académico:** |  |
|  |  |  |  |
| **Institución de procedencia** |  |
|  |  |  |  |
| **Domicilio particular** |  |  |  |
|  | **Calle** | **Número** | **Colonia** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Municipio** | **Estado** | **País** | **C.P.** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Teléfono** |  | **E-mail** |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Inscripción como** | **Estudiante \_\_\_\_\_** | **Académico \_\_\_\_\_** | **Profesionista \_\_\_\_\_** |
|  |  |  |  |
| **Centro de adscripción** |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Participación como** | **Asistente \_\_\_\_\_\_\_ Ponente \_\_\_\_\_\_\_** **Cartel \_\_\_\_\_\_\_ Presentación Oral \_\_\_\_\_\_\_** |
|  |  |  |  |
| **Colabora en alguna red de Investigación \_\_\_\_\_ Cual:**  |
|  |

* **FORMA DE PAGO**

Para realizar tu inscripción al **4to Congreso Internacional de Investigación en Ciencias de la Salud.**

Pago en Depósito Bancario: **Banco: BBVA Bancomer, SA, Institución de Banca Múltiple, Grupo financiero.** **No. de cuenta: 01 12 70 83 45**

* **AVISO IMPORTANTE**

Su comprobante de pago escaneado, la hoja de registro y los datos fiscales de facturación (solo si aplica) se deberán enviar al correo**congresodacsujat@gmail.com**o**investigación.dacs@ujat.mx**

(En caso de requerir factura deberá solicitarse el mismo día en que de efectué el deposito o transferencia, solo se contemplará para facturación los pagos realizados de lunes a jueves enviando la solicitud en un lapso no mayor a 24 horas y siento antes de las 2:00pm)

El día del evento deberá presentar su comprobante de pago original en la mesa de registro.