

# SEMINARIO Biomédico - Educativo Tratamiento Integral del Trastorno por Déficit de Atención, Hiperactividad y Espectro Autista



México, D.F. MÉXICO 7 de Noviembre de 2009

## FORMULARIO DE REGISTRO

Llenar este formato de registro y enviar por Correo Electrónico ó Fax junto con el comprobante de pago

### Formas de Inscripción

- 1. Correo Electrónico:** (Escanear y enviar copia del formulario de registro y \*Comprobante de Pago) por Correo Electrónico a: [lincamexico@hotmail.com](mailto:lincamexico@hotmail.com)
- 2. Teléfono:** Oficinas de LINCA, en México D.F. Tels: (55) 5534-6493 ó 5534-6030
- 3. ó Fax,** Enviar copia del formulario de registro y \*Comprobante de Pago a LINCA, en México D.F. Fax: (55) 5534-6493 ó 5534-6030

### \* Método de Pago

- **Depósito Bancario,** a nombre de LINCA "Liga de Intervención Nutricional contra Autismo e Hiperactividad A.C." BANAMEX Cuenta # 268-7301717

### Costo de Congreso (por persona)

Antes del: 17/OCT/2009 = \$ 250.00    A partir del: 18/OCT/2009 = \$ 350.00

\$ \_\_\_\_\_ Total\*

- Miembros de LINCA 20% de descuento, enviar copia de credencial vigente.

\* EL COSTO DEL EVENTO NO ES REEMBOLSABLE. Sólo será reintegrado en caso de cancelación del evento. No incluyendo gastos generados por transporte, hospedaje, o cualquier otro concepto realizado antes del seminario.

## CUPO LIMITADO

### Información del Participante

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Apellido: \_\_\_\_\_  
 Organización: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_  
 Estado o Provincia: \_\_\_\_\_ zona postal \_\_\_\_\_  
 País: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ (otro) \_\_\_\_\_  
 E-Mail: \_\_\_\_\_



Liga de Intervención Nutricional  
contra Autismo e Hiperactividad A. C.