

31 de Octubre, 1 y 2 de Noviembre  
Centro de Convenciones de Costa Rica

**Estimado Colega:** Le rogamos leer completamente este documento y llenar el siguiente formulario para participar en el XXI Congreso Nacional de Oftalmología a realizarse del 31 de octubre al 02 de noviembre en el Centro de Convenciones de Costa Rica. Favor leer cuidadosamente y seguir los siguientes pasos:

**PASO 1. REALIZAR EL PAGO:** Las Inscripciones serán únicamente contra pago. Cuando realice el depósito o transferencia por favor detallar el nombre del participante. Cuando llene este formulario debe detallar el número del depósito en la casilla correspondiente (penúltima casilla de DATOS).

**PASO 2. LLENAR Y ENVIAR EL FORMULARIO Y EL COMPROBANTE DE PAGO POR CORREO:** Luego de realizar el depósito, para quedar inscrito en el congreso debe completar y enviar este formulario lleno en su totalidad junto con la colilla de depósito o transferencia al siguiente correo: [lmurillo@amcevent.com](mailto:lmurillo@amcevent.com) (compañía AMC Organizadores de Eventos S.A. encargada de la organización del evento) • Favor utilizar letra imprenta clara. Enviar únicamente a este correo y NO al correo de la Asociación.

**NOTA:** La información del formulario nos servirá para hacer la Lista Oficial de Miembros de AOQR. Esta lista será la que publicaremos luego del congreso en el Website de la Asociación Oftalmológica de Costa Rica ([www.ofthalmologiacostarica.com](http://www.ofthalmologiacostarica.com)) y en la página de Facebook Ojos Sanos CR. Favor marcar con X en las casillas de la información que desean se publique bajo su nombre en el Website de la Asociación oftalmológica de Costa Rica [www.ofthalmologiacostarica.com](http://www.ofthalmologiacostarica.com). Esta información será Pública. Si no marca sus preferencias de lo que desea publicar entonces publicaremos únicamente su nombre sin sus contactos

**DATOS DEL PARTICIPANTE:**

Info  
Pública

Nombre Completo de Participante:		
Nombre de Acompañante:		
Clínica y/o Hospital que atiende Público o Privado:		
Sub Especialidad:		
Email:		
Teléfono oficina o Clínica:		
Teléfono Celular		
Fax :		
Dirección Física Exacta :		
Ciudad:		
País :		
Numero de Depósito o Transferencia.		
Comentarios adicionales: Alguna Dieta especial, alergias u otros:		

**CUOTA DE INSCRIPCIÓN:** NACIONALES: Favor marcar con X su categoría.

Si paga acompañante marcar X en Acompañantes y anotar el nombre para su respectivo gafete. (Ningún participante paga como acompañante).

**Nota:** Cada inscripción debe cancelar adicionalmente, la tarifa del 2% del IVA.

**Registro y Pago Antes del 15 de Agosto 2019**

( ) Nacionales \$300.00 (\$175.00 congreso, \$125.00 Membresía).

**Registro y Pago del 15 de Agosto al 15 Setiembre 2019**

( ) Nacionales \$350.00 (\$225.00 congreso, \$125.00 Membresía).

**Registro y Pago después del 15 Setiembre 2019**

( ) Nacionales \$450.00 (\$325.00 congreso, \$125.00 Membresía).

( ) Oftalmólogos Pensionados \$200.00

( ) Acompañantes \$150.00 . Nombre del Acompañante para Gafete: \_\_\_\_\_

( ) Residentes sin posters \$300.00. Con posters \$200.00.

NOTA: La tarifa con poster aplica ÚNICAMENTE si el Residente es PRIMER AUTOR

**Cuota de inscripción sin Membresía:** EXTRANJEROS: Favor marcar con X su categoría.

**Nota:** Cada inscripción debe cancelar adicionalmente, la tarifa del 2% del IVA.

**Registro y Pago Antes del 15 de Agosto 2019**

( ) Extranjeros \$300.00

**Registro y Pago después del 15 de Agosto 2019**

( ) Extranjeros \$400.00

Favor realizar los depósitos o transferencias a la siguiente cuenta Bancaria:

Banco de San José

Asociación Oftalmológica de Costa Rica

Cédula Jurídica # 3-002-146216

Dólares:

Número de Cuenta: 901035972

Número de Cuenta Cliente: 10200009010359721

Número de Cuenta IBAN: CR43010200009010359721

**INSCRIPCIONES CONTRA PAGO.** Por favor detallar en el depósito o transferencia el nombre del participante y enviar el formulario junto con el comprobante de pago a [lmurillo@amcevent.com](mailto:lmurillo@amcevent.com)

Política de Cancelación: La Asociación Oftalmológica de Costa Rica comunica por este medio las políticas de cancelación a inscripciones ya hechas y pagadas:

1. Únicamente aceptamos cancelaciones por escrito (enviadas por correo electrónico: [lmurillo@amcevent.com](mailto:lmurillo@amcevent.com))
2. Cualquier cancelación producida anula el espacio, pero no da derecho al reintegro del dinero, únicamente si el importe pagado por participación en el XXI Congreso Nacional de Oftalmología es recibida antes del 15 de Agosto.

3. Asociación Oftalmológica de Costa Rica dispondrá de 15 días para reintegrar el dinero en aquellos casos que cumplieron la notificación antes del 15 de Agosto.
  
4. Si la persona que ha cancelado es costarricense, ésta deberá tomar en cuenta que el reintegro se hará por medio de cheque, el cual deberá ir a retirar personalmente a las oficinas de la Asociación Oftalmológica de Costa Rica.
  
5. Si fuera un participante internacional, éste debe indicar un número de cuenta viable para hacer la transferencia de fondos electrónica internacional. Se comunica que el costo bancario de la transferencia internacional será rebajado del monto a pagar.

\*\*\*\*\* FAVOR UTILIZAR UNA FORMULA POR PARTICIPANTE \*\*\*\*\*

Para mayor información favor comunicarse a AMC Organizadores de Eventos S.A. Tel: (506) 2293-2120  
o [lmurillo@amcevent.com](mailto:lmurillo@amcevent.com)