

Congreso ISPA Ciudad de México, junio 3- 6, 2004 Forma de Registro

Favor de llenar una forma por cada persona que asista al congreso y envíela al fax: 1.914-921-1593

A. Categorías de registro:	Antes 2004	Al 9 de abril, 2004	Después abril 9
Todas las cantidades en dólares estadounidenses	US\$	US\$	US\$
<input type="checkbox"/> MIEMBROS DE ISPA Master, Afiliado y Staff	500	525	575
<input type="checkbox"/> NO MIEMBROS	800	825	890
<input type="checkbox"/> MIEMBROS NUEVOS	750	775	850
Incluye Membresía con valor de US\$500 y registro con descuento	Valor \$1000	Valor \$1025	Valor \$1100
<input type="checkbox"/> MIEMBROS MEXICANOS Y LATINOAMERICANOS (Membresía Opcional de \$250 US adicionales)		500	525
<input type="checkbox"/> MIEMBROS ESPAÑOLES (incluye un año de membresía)		750	775
<input type="checkbox"/> TARIFA DIARIA Seleccione: jueves viernes sábado domingo	200	200	200
Incluye todas las actividades del día, excepto la Cena de Premiación			
<input type="checkbox"/> TARIFA DIARIA Seleccione: jueves viernes sábado domingo (miembros de México, América Latina y España)	100	100	100
Incluye todas las actividades del día, excepto la Cena de Premiación			

Cena de Premiación boletos extra para invitados US\$50. Núm. boletos _____ (x \$50) = Total \$ _____

Total del registro: \$ _____

B. Nombre y datos del delegado registrado:

Apellidos _____ Nombre _____

Organización _____ Cargo _____

Dirección _____

País _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Fax _____ E-Mail _____

C. Restricciones dietéticas: _____

D. Hospitalidad: Si usted es un nuevo miembro de ISPA, nos encantaría presentarle a otro miembro de ISPA, que será su anfitrión y le ayudará a conocer la organización.

Sí, deseo anfitrión/anfitriona. Primer idioma: _____ Segundo idioma _____

E. Referencias: ¿Algún miembro de ISPA lo/la recomendó? ¿Quién? _____

F. Si usted es un miembro antiguo de ISPA, y quisiera colaborar como anfitrión o anfitriona, le estaríamos enormemente agradecidos.

Sí, deseo colaborar como anfitrión/anfitriona. Primer idioma _____ Segundo idioma _____

G. Forma de pago:

Tarjeta de crédito: VISA MasterCard American Express

Nombre (tal como aparece en la tarjeta): _____ Núm. de tarjeta: _____

Válida hasta: _____ Monto a pagar: US\$ _____ Firma: _____

Envío cheque por la cantidad de US\$ _____ (favor de hacer el cheque a nombre de: **ISPA Foundation**)

Transferencia electrónica. La transferencia debe estar completa, de manera que la cantidad recibida corresponda a la cantidad

correcta en dólares estadounidenses. Por favor, asegúrese de incluir en su transferencia el nombre y los datos de la organización:

Nombre de la cuenta: ISPA Número de cuenta: 670-1866-531 Bank of New York Número ABA: 021-0000-18

Por favor verifique que la información sea completa y legible