



Complete este formulario y devuélvalo, junto con su cheque, a nombre de Baker Gordon Educational Symposium, solo en USD, EMITIDO DE UN BANCO DE LOS EE.UU., o su autorización de cobro en tarjeta de crédito. Puede enviarnos su registro por correo o por fax.

**To:**

Attn: Mary Felpeto  
3225 Aviation Avenue, Suite 100  
Coconut Grove, FL 33133  
maryfelpeto@bellsouth.net

**Revise la "Política de cancelación"**

**Teléfono del Simposio:** (305) 859-8250

**Número de fax:** (305) 854-3423

Nombre: \_\_\_\_\_ N.º de ID: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código zip: \_\_\_\_\_

Teléfono de la oficina: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

(La dirección de correo electrónico debe ser legible; esta dirección de correo electrónico se usará para su acreditación de educación médica continua, CME)

Pago:  Miembro  No Miembro  Residente

Se incluye un cheque a nombre de Baker Gordon Educational Symposium

La autorización de cobro en tarjeta de crédito es la siguiente. Marque una:

Visa  MasterCard  American Express

Número de cuenta \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento \_\_\_\_\_ Código de seguridad de 3 dígitos \_\_\_\_\_

Titular de la tarjeta \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_