

## REGISTER

**¿Ya realizaste tu registro?**

Escribe tu correo aquí

**¿Aún no tienes registro?**

Para comenzar con tu registro, proporciona una dirección de correo válida

Escríbe tu correo aquí

Toda la información relacionada con el registro, será enviada a esta dirección

SIGUIENTE

FORMULARIO DE REGISTRO

Completa el siguiente formulario para crear tu cuenta. Los campos marcados con un \* son obligatorios.

Escribe tu nombre(s) y apellidos(s) como deseas que se lea en tu constancia.

Escribe tu correo nuevamente:

Todas las notificaciones de la WADD y la APM, incluyendo las facturas e información genreal del evento, solo serán enviadas a este correo electrónico

Escribe un correo alternativo:

INFORMACIÓN PERSONAL:

Prefijo\*:

Nombre\*:

Segundo nombre:

Primer apellido\*:

Segundo apellido:

Teléfono:

Código de país:

Nacionalidad:

Estado:

País de residencia:

INFORMACIÓN ADICIONAL:

Organización\*:

Puesto:

Dirección:

País\*:

Código postal\*:

¿Eres miembro de la WADD?:

¿Eres socio de la APM?:

CÓDIGO DE DESCUENTO:

Si tienes un código de beca o un código de descuento, favor de escribirlo en el siguiente espacio.

Beca/Código de descuento:

SIGUIENTE

FORMA DE PAGO



Deposito



Transferencia  
Electrónica



Tarjeta de Crédito  
o débito

Hola: (Nombre del asistente)

AVISO IMPORTANTE

La Asociación Psiquiátrica Mexicana es una sociedad sin fines de lucro, y puede expedir comprobantes deducibles de impuestos para personas físicas y morales mexicanas. Una vez que tu pago haya sido identificado, recibirás tu comprobante dentro de las primeras 48 horas. En caso de no recibirlo, favor de enviar un correo con el comprobante adjunto a [apm@psiquiatriasapm.org.mx](mailto:apm@psiquiatriasapm.org.mx). Recuerda que las comprobantes fiscales solo pueden ser emitidos en el mes en el cual realizaste tu pago. Si necesitas factura, por favor escribe si o no en los botones siguientes.

SI

NO

Favor de completar el siguiente formulario con su informavción fiscal. Si usted no requiere factura favor de dar click en el botón "Atrás".

INFORMACIÓN FISCAR:

AVISO SAT: Si usted requiere factura, solo necesitamos la siguiente información para a expedición.

Razón Social\*:

RFC\*:

Correo para envíar\*:

Método de pago\*:

Código postal\*:

Una vez que el pago haya sido ifentificado, usted recibirá su factura dentro de las 48 horas posteriores. Para reportar retrasos, favor de enviar un correo con su comprobante de pago adjunto a [apm@psiquiatriasapm.org.mx](mailto:apm@psiquiatriasapm.org.mx). recuerde que la expedición de facturas solo podrá seralizarse en el mes corriente del pago.

SIGUIENTE

## TÉRMINOS Y CONDICIONES

### PAGO

Su cuota de inscripción deberá ser liquidada antes de la fecha ímite señalada en su correo. Su registro no está confirmado hasta haber confirmado su pago y al recibir su correo de confirmación con su código de barras.

Asegúrese de que todos los cargos bancarios estén cubiertos al realizar su pago, WADD/APM no cubrirán ningún cargo en las transacciones. Los registros incompletos se cancelarán después de la fecha límite de pago indicada anteriormente.

Tenga en cuenta que las inscripciones y/o los pagos no estarán disponibles el día del evento, así que le pedimos registrarse con anticipación.

### REEMBOLSOS

Los pagos no son reembolsables en ningún caso.

### FACTURACIÓN

La Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C. es una sociedad sin fines de lucro y, por lo tanto, solo puede emitir facturas para personas físicas y morales dentro de México. Debido a nuestro régimen fiscal, esto debe emitirse dentro del mes de su depósito. No podemos emitir una factura fuera de este tiempo.

### PROTECCIÓN DE DATOS

Gracias por completar el formulario. Esta información se utilizará con el propósito de su inscripción al IV Congreso Mundial de Patología Dual 2022, y para análisis estadísticos y de mercado.

Usamos su información para procesar su solicitud de registro y para comunicarnos con usted acerca de este evento.

Brindamos temporalmente información personal a empresas que nos brindan servicios y les solicitamos que protejan su información de la misma manera que lo hacemos nosotros.

Al presentar su gafete a los expositores y patrocinadores para que lo escaneen, expresa su consentimiento para compartir sus datos personales con ellos.

### SEGURIDAD DE DATOS:

Tomamos medidas necesarias para proteger su información contra pérdida, uso indebido y acceso no autorizado. Cuando la información personal se transfiere a través de Internet, la encriptamos utilizando la tecnología de encriptación Transfer Layer Security (TLS) o una tecnología similar.

### SUS DERECHOS:

Tiene derecho a recibir la información que tenemos sobre usted, solicitar su corrección o, en determinadas circunstancias, su eliminación.

### CONTACTANOS:

Las consultas relacionadas con la protección de datos pueden dirigirse a nuestra oficina de protección de datos en [contact@grupolahe.com](mailto:contact@grupolahe.com)

### POLÍTICAS DE PRIVACIDAD:

Para obtener información completa sobre nuestras prácticas de protección de datos, siga el enlace a continuación a nuestro Aviso de privacidad.

HE LEÍDO LOS TERMINOS Y CONDICIONES Y ESTOY DE ACUERDO

## ¡Gracias por completar su formulario de registro!

**Estimado:** (Nombre del participante)

Método de pago: (DEPOSIT)

Imprima este formato para su depósito en cualquier banco

- a) Número de cuenta: XXXXXXXXX
- b) Banco: XXXXXX
- c) Nombre:

Referencia:(Generate a referenci with the ID and name)

Importe a pagar: (According to fee's table)

Fecha límite de pago: (5 days after register)

Recuerde que su lugar en el congreso no se confirmará hasta que se reciba el pago completo y se le haya enviado un correo electrónico de confirmación. Las reservas incompletas se cancelarán después de la fecha límite de pago indicada anteriormente.

Si tiene alguna consulta o no recibe su código de confirmación dentro de los dos días hábiles posteriores a la realización de su pago, envíe su recibo bancario por correo electrónico a [dualdisorders@grupolahe.com](mailto:dualdisorders@grupolahe.com)

FINALIZAR

## ¡Gracias por completar su formulario de registro!

**Estimado:** (Nombre del participante)

Método de pago: (ELECTRONIC TRANSFER)

Imprima este formato para su depósito en cualquier banco

- a) Número de cuenta: XXXXXXXXX
- b) Banco: XXXXXX
- c) Nombre:

Referencia:(Generate a referenci with the ID and name)

Importe a pagar: (According to fee's table)

Fecha límite de pago: (5 days after register)

**AVISO IMPORTANTE: Incluya la referencia proporcionada por este sistema en el campo "Concepto de pago" según las instrucciones anteriores. La referencia de pago debe ingresarse en mayúsculas. No agregue espacios entre los nombres ni incluya ningún otro signo de puntuación, ya que esto puede afectar la confirmación de su transferencia bancaria.**

Recuerde que su lugar en el congreso no se confirmará hasta que se reciba el pago completo y se le haya enviado un correo electrónico de confirmación. Las reservas incompletas se cancelarán después de la fecha límite de pago indicada anteriormente.

Si tiene alguna consulta o no recibe su código de confirmación dentro de los dos días hábiles posteriores a la realización de su pago, envíe su recibo bancario por correo electrónico a [dualdisorders@grupolahe.com](mailto:dualdisorders@grupolahe.com)

FINALIZAR