**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS PERSONALES** | |
| **Apellidos:** | |
| **Nombres:** | |
| **Nacionalidad:** | |
| **Fecha de nacimiento:** | |
| **E-mail:** | |
|  |  |
| **DATOS INSTITUCIONALES Y ACADÉMICOS** | |
| **Institución (Universidad/Empresa):** | |
| **Departamento/Grupo/Laboratorio:** | |
| **Dirección:** | |
| **Ciudad:** | **País:** |
| **Título (si corresponde):**  **Actividad (estudiante, docente, investigador o profesional):** | |
| **Si es estudiante indique el nivel (grado, maestría o doctorado):** | |
|  | |
| **ESTUDIANTES DE POSGRADO** | |
| **Título de la Tesis:** | |
| **Nombre del Director de Tesis:** | |
| **Año de inicio:** | |
|  | |
| **BECA** | |
| **Solicita beca (si/no):** | |

**OPCIONES DE PAGO :** (indique su opción y envíe su formulario con comprobante de pago a [registrationscicat@congresos-rohr.com](mailto:registrationscicat@congresos-rohr.com) o via fax +598.2916.8902)

1) **Transferencia Bancaria**(Enviar copia del Giro Bancario junto con el Formulario de Inscripción por fax al (598 2) 916 89 02 o mail cicat2016@congresos-rohr.com  
  
BANCO ITAU  
BENEFICIARIO: GABRIELA ROHR   
CUENTA USD: 8069353  
SWIFT CODE: ITAUUYMM  
DIR. Zabala 1463, Montevideo 11.000   
  
 2) **Transferencia Western Union** (Consultar datos a través de [registrationscicat@congresos-rohr.com](mailto:registrationscicat@congresos-rohr.com))   
  
 3) ABITAB – Colectivo: Congreso de Catálisis 2016. N° 63315

**Atención: el plazo de pagos es del 18 de julio al 31 de agosto – No se considerarán inscripciones sin el correspondiente envío de comprobante de pago**