

SEMINARIO DE GESTIÓN DE INTEGRIDAD DE TUBERÍAS (PIMS) AMÉRICA LATINA
23-25 de Octubre, 2019 | Ciudad de México, México

FORMULARIO DE REGISTRO DE EXHIBICIÓN

Envíe el formulario completado a: sales@nace.org
O por fax a: +1 281-228-6399
FAVOR NO ENVIAR POR LOS DOS MEDIOS, PODRIA RESULTAR EN UN REGISTRO DUPLICADO
Preguntas? Llame a: +1 281-228-6481
Página Web: pimslatinamerica.nace.org

Compañía: _____

Nombre y Apellido del Registrante: _____

Número de stand deseado: (Opción 1) _____ (Opción 2) _____ (Opción 3) _____

Nombres y Apellidos de Asistente(s) del Exhibidor: _____
(tarifa adicional si excede su asignación)

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

País: _____

Teléfono: _____

Página Web: _____

Nombre y Apellido del contacto de exhibición: _____

Correo electrónico del contacto de exhibición: _____

Marque aquí si tiene una discapacidad que pueda obstruir su participación y mande un fax con la descripción de sus necesidades a +1 281-228-6314. Un representante de NACE se pondrá en contacto con usted.

TARIFAS DE EXHIBICIÓN

\$4,250 USD Stand 4mx2m incluye registro para una participación en la Conferencia y para dos asistentes en el exhibidor
\$2,750 USD Stand 2m x 2m incluye registro para una participación en la Conferencia y para un asistente en el exhibidor
\$150 USD Asistente de exhibición adicional (solo para acceso al área de Exhibición)

POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Todas las solicitudes de cancelación deben ser presentadas por escrito. Todas las inscripciones pagadas y garantizadas canceladas por escrito al menos 30 días antes del evento recibirán un reembolso del 50% del total de las tarifas de espacio de exhibición. No se permitirán reembolsos ni créditos en las solicitudes de cancelación recibidas menos de 30 días antes del evento.

INFORMACIÓN DE PAGO

Pago en dólares estadounidenses emitidos en una institución financiera estadounidense. Las inscripciones no serán procesadas sin pago. Por favor no solicite ser facturado. Remita los pagos a NACE International, código Swift FRSTUSD44, Acct. # 502209039, ABA 114000093.

USD Total \$: _____ Cheque adjunto—Número de cheque: _____ Pago por transferencia.

Tarjeta de crédito: MasterCard VISA AMEX Discover

Número de tarjeta #: _____ Fecha de expiración: _____ Código CVV: _____

Nombre en la tarjeta: _____ Firma: _____