



FORMULARIO DE MODIFICACIÓN O CANCELACIÓN DE SOLICITUD APROBADA

Sociedad Mexicana de Oftalmología Colegio Nacional, A.C.

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL EVENTO

Nombre completo :
Número de miembro de la SMO : Teléfono :
Correo electrónico :
Nombre de la corporación oftalmológica a la que pertenece :

DATOS DEL EVENTO YA APROBADOS

Nombre del evento :
Instalaciones solicitadas de la SMO : Auditorio : Terraza :
Duración del evento :
Día 1 : Horario :
Día 2 : Horario :
Día 3 : Horario :

SOLICITUD DE MODIFICACIÓN O CANCELACIÓN

Razones de la solicitud de modificación o cancelación:

Acciones requeridas a la SMO:

Yo, , persona responsable del evento, DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD conocer que cualquier modificación o cancelación a una solicitud de uso de instalaciones aprobada por el consejo ejecutivo únicamente podrá realizarse hasta 7 (siete) días naturales previos a la fecha programada para la realización del evento.

Fecha : Firma :