

Suscripción
Período 2009

La colección es de 10 números:
Ene-Feb.1 número; Nov-Dic.1 número, resto mensual.

\$ 650 . 00

Elabore y envíe el cupón de suscripción incluido al pie de esta página o suscríbese con nuestros

COLABORADORES AUTORIZADOS
¡ Contáctelos !

CAMPECHE: MCE . Prudencia del Carmen Dorantes Ciudad del Carmen, Camp. Tel. 838-2418	P. 402	MORELOS: Lic. E. Estela Lozano Martínez Cuernavaca, Mor. Tel. 315-5272	P. 1701
GUERRERO: Lic. E. Sabina de la Cruz Ometepec, Gro. Tel. 412-2003	P. 1201	PUEBLA M.C.E. Ma. de los Angeles Marín Ch. FE-BUAP. Tel. 243-1877 Ext. 25	P. 2101
Lic. E. Ma. del Pilar Pastor Durán Chilpancingo, Gro. Tel. 472-4027	P. 1202	SONORA: LAE. Patricia Hernández y/o Sra. Laura Medina de Hdez.	P. 2601
Lic. E. Rubicelia Martínez Sámano Coyuca de Catalán Gro. Tel. 675-2258,	P. 1203	VERACRUZ: Lic. E. Lucía Vásquez Xalapa, Ver. Tel. 818-0052	P. 3003
JALISCO: Lic. E. Graciela Lizola R. Jalisco. Tel. 1198-0964	P. 1401	ZACATECAS: Lic. E. Evelia Zavala Gámez Zacatecas, Zac. Tel. 924-45-63	P. 3201
MONTERREY MCE Milton Carlos Guevara Valtier Cel. 044 811 621 3252	P. 1901		

Reune a 10 suscriptores y la tuya será gratis

Enfermera/o: la divulgación de este foro es vital para su continuidad. "Echanos una manita"
llama o mándanos un correo electrónico, te diremos lo que podrías hacer.

CUPONDE SUSCRIPCION Revista **DESARROLLO CIENTIFICO DE ENFERMERIA**

NOMBRE: _____
CALLE: _____ COLONIA: _____
CP. _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ TEL. _____ E-mail: _____
ESPECIALIDAD: _____ CENTRO DE TRABAJO _____
PEDIODO: del # _____ al # _____ del **2009** NUEVA _____ RENOVACION _____

COSTO, incluye envío: **personal \$650.00, Institucional \$ 1,300.00** Sudamérica y Europa Dlls. 220.00; EEUU y Canadá Dlls.150.00
PARA FACILITAR EL TRAMITE DE PAGO VIA DEPOSITO LE OFRECEMOS TRES OPCIONES:

Bancomer, S. A. cuenta de ch. # 0444522028 Sucursal 3648; Banamex Cta. 5177 9500 2166 3481 Suc. 458;
HSBC Cta. 40-2391-3023 Suc. 435 titular: Luz Ma. Medina Rocha.

La suscripción se considera a partir de recibir el comprobante de pago en la oficina.

RECIBIRÁ SU PRIMER EJEMPLAR EN 4 ó 6 SEMANAS.

**NO BASTA CON DEPOSITAR DEBERÁ TRANSMITIR COMPROBANTE DE PAGO Y SUS DATOS A NUESTRO
FAX (01 55) 5361-3001**

Domicilio: Calle Aceites Esenciales # 40 Col. Vista Hermosa CP 54080 Tlalnepantla, Edo. de Méx.
Correo Electrónico: luzma@enfermeria.com.mx