

**NOVIEMBRE , 5 al 8 del 2013**

**AUTORIZACION DE DEBITO**

**Enviar completo a**

[sociedadargentinademedicina@gmail.com](mailto:sociedadargentinademedicina@gmail.com) o al FAX 5411 4864-3622

Autorizo a la Sociedad Argentina de Medicina, a debitar de mi tarjeta de **Crédito** los aranceles correspondientes a la inscripción de los **TRABAJOS CIENTÍFICOS N°.....** al II Congreso Internacional de Clínica Médica y Medicina Interna, a efectuarse en la Ciudad de Buenos Aires del 5 al 8 de Noviembre de 2013

(marque con una cruz lo que corresponda)

**Profesionales con domicilio fuera de la República Argentina:**

Cada trabajo U\$D 200 (dólares estadou. 200)

Cantidad de trabajos.....

Importe total U\$D.....

NUMERO de TARJETA.....

VISA

MASTER

FECHA DE VENCIMIENTO:.....

BANCO EMISOR.....

Firma del titular de la tarjeta: .....

Aclaración: .....

Documento: .....

Fecha: .....

**Se debe realizar la preinscripción en**

[http://www.sam.org.ar/cursos/curso\\_medicina/preinscripcion.php?curso=II%20Congreso%20Internacional%202013](http://www.sam.org.ar/cursos/curso_medicina/preinscripcion.php?curso=II%20Congreso%20Internacional%202013)