

NOVIEMBRE , 5 al 8 del 2013

AUTORIZACION DE DEBITO

Enviar completo a

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 mi inscripción como **ASISTENTE** 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 en el territorio de la República Argentina

En un pago \$700 (pesos 700)

Profesionales con domicilio fuera de la República Argentina:

En un pago U\$D 200 (dólares estadou. 200)

Nombre del Profesional.....

Matrícula.....

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/medicina/preinscripcion.php?curso=II%20Congreso%20Internacional%202013>