



AUTORIZACION DE DEBITO

Enviar completo antes del 10 de Octubre a
sociedadargentinademedicina@gmail.com o al FAX 5411 4864-3622

Autorizo a la Sociedad Argentina de Medicina, a debitar de mi tarjeta de **Crédito VISA** los aranceles correspondientes a la inscripción de los **TRABAJOS CIENTÍFICOS** N°.....al III Congreso Internacional de Clínica Médica y Medicina Interna, a efectuarse en la Ciudad de Buenos Aires en los Auditorios UCA de Puerto Madero del 3 al 6 de Noviembre de 2015 (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.....

FECHA DE VENCIMIENTO:.....

BANCO EMISOR.....

Firma del titular de la tarjeta:

Aclaración:

Documento:

Fecha: