



AUTORIZACION DE DEBITO PARA INSCRIPCION DE TRABAJOS CIENTIFICOS

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 2º Congreso Internacional Ibero-PanAmericano de Medicina Interna a efectuarse en la Ciudad de Buenos Aires en los Auditorios UCA de Puerto Madero del 1 al 4 de Noviembre de 2016 (marque con una cruz lo que corresponda)

Profesionales con domicilio fuera de la República Argentina:

Pais de procedencia.....
 Cada trabajo U\$D 175 (dólares estadou. 175)
 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: