



**AUTORIZACION DE DEBITO PARA ASISTENTES QUE NO PRESENTEN TRABAJOS**

Se debe realizar la preinscripción en <http://myhnt.info/sam2016web/inscripcionpre.aspx?id=2>

Enviar completo **este formulario de débito** antes del **10 de octubre de 2016** 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 VISA** el arancel correspondiente a mi inscripción como **ASISTENTE** al 2º Congreso Internacional IberoPanamericano 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 en el territorio de la República Argentina:**

**Profesionales:** En un pago \$1200 (pesos 1200)

**Alumnos:** En un pago de \$500 (pesos 500)

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

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

NUMERO de TARJETA **VISA**.....

FECHA DE VENCIMIENTO:.....

BANCO EMISOR.....

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

Aclaración: .....

Documento: .....

Fecha: .....