



**AUTORIZACION DE DEBITO PARA TRABAJOS CIENTIFICOS CUYOS AUTORES SE
DOMICILIAN FUERA DE LA REPUBLICA ARGENTINA**

Se debe realizar la preinscripción de TODOS los autores en

<http://www.myhnt.com.ar/sam.htm> y

**enviar completo antes del 10 de octubre de 2014 al FAX 5411 4864-3622 o a
sociedadargentinademedicina@gmail.com**

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 XXII Congreso
Nacional de Medicina, a efectuarse en la Ciudad de Buenos Aires del 4 al 7
de Noviembre de 2014

(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: