



Del 4 al 7 de noviembre del 2014

Auditorios UCA Puerto Madero. CABA, Argentina

AUTORIZACION DE DEBITO PARA ASISTENTES QUE NO PRESENTEN TRABAJOS

Se debe realizar la preinscripción en <http://www.myhnt.com.ar/sam.htm> .
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 mi inscripción como **ASISTENTE** al XXII Congreso Nacional de Medicina, a efectuarse en la Ciudad de Buenos Aires del 4 al 7 Noviembre de 2014.

(marque con una cruz lo que corresponda)

Profesionales con domicilio en el territorio de la República Argentina

Profesionales: En un pago \$850 (pesos 850)

Alumnos: En un pago \$300 (pesos 300)

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**.....

FECHA DE VENCIMIENTO:.....

BANCO EMISOR.....

Firma del titular de la tarjeta:

Aclaración:

Documento:

Fecha: