

Sociedad Latinoamericana de Medicina de Emergencia y Cuidados Intensivos

Curso abc trauma, Punta del Este, Uruguay

FORMULARIO DE PAGO CON TARJETA

FECHA:

Una vez completo y firmado por el titular de la tarjeta el formulario debe ser enviado por fax al 598 42230498, o escaneado y enviado a info@laveccs.org

NOMBRE DEL INSCRIPTO:

VISA

MASTER CARD

NOMBRE DEL TITULAR
DE LA TARJETA:

NUMERO DE TARJETA:

CODIGO DE SEGURIDAD
(últimos 3 números en el reverso)

FECHA DE
VENCIMIENTO:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

Acepto deducir de mi tarjeta la cantidad de
Americanos

U\$S Dólares

Firma del titular de la tarjeta

LAVECCS