

# Sociedad Latinoamericana de Medicina de Emergencia y Cuidados Intensivos



Una vez completo y firmado por el titular de la tarjeta el formulario debe ser enviado por fax al 598 42 230498, o escaneado y enviado a [rio2008@laveccs.org](mailto:rio2008@laveccs.org)

**FECHA:**

**Nombre del inscripto:**

**Nombre del titular de la tarjeta:**

**Número de tarjeta:**

**Código de seguridad (últimos 3 números en el reverso):**

**Fecha de vencimiento:**  **Documento de identidad:**

**Acepto deducir de mi tarjeta la cantidad de U\$S**  **Dólares Americanos**

**Firma del titular de la tarjeta**

-----