

AUTORIZACIÓN DÉBITO DE CUOTA SOCIAL

Apellidos y Nombres (del Socio)

Dirección

Ciudad

Departamento

Código Postal

País

Teléfono
Especialidad

Fax

C.I. _____ e-mail _____

Tarjeta de Crédito:

VISA

CABAL

Nombre y Apellido Completo (del titular de la tarjeta)

Autorizo el débito del importe correspondiente a la cuota social de la **SOCIEDAD DE HEMATOLOGIA DEL URUGUAY**, del Socio arriba mencionado, de mi tarjeta de crédito.

Firma del Titular de la Tarjeta

No. de la Tarjeta

Fecha de Vencimiento

CODIGO DE SEGURIDAD

(Master) _____ C.I. _____

Enviar este formulario por fax a nuestra Secretaría Eventos: Telefax: (2) 409 9160 - 402 7561

O por E-mail: bentout@netgate.com.uy
Cnel. Brandzen 1961/307 - Montevideo - Uruguay