



FORMULARIO DE REGISTRO SOCIO SHU

APELLIDO:	NOMBRE:
DIRECCION POSTAL:	CEDULA DE IDENTIDAD:
CIUDAD:	PAIS:
TELEFONO:	FAX:
LUGAR DE TRABAJO:	
CORREO ELECTRONICO:	

ARANCELES

Socio activo:

Mayor de 5 años \$ 350 mensual - menor de 5 años \$ 250 mensual.

Socio suscriptor:

- Cursando post-grado de hematología: \$ 70 mensual.

1 año de agracia al recibirse

FORMA DE PAGO

Tarjeta de crédito		Contado en Secretaría (plan semestral o anual)	
--------------------	--	--	--

AUTORIZACIÓN DÉBITO DE CUOTA SOCIAL

Favor indique su categoría

Postgrado (\$70)

menor 5 años (\$250)

mayor 5 años (\$350)

Tarjeta de Crédito:

VISA

OCA

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 e-mail o fax a nuestra Secretaría PERSONAS

Tel: (+598) 2 900 58 25 int - Fax: (+598) 2 902 42 64

Dir.: Plaza Independencia 831 of 803.

Montevideo, Uruguay. C.P. 11.200

Teléfono: (+598) 2 900 58 28

secretariashu@personas.com.uy