



# III CONGRESO INTERNACIONAL DE CLÍNICA MÉDICA Y MEDICINA INTERNA



2015

Del 3 al 6 de noviembre del 2015

## AUTORIZACION DE DEBITO PARA ASISTENTES QUE NO PRESENTEN TRABAJOS

Se debe realizar la preinscripción en

[http://www.sam.org.ar/curso\\_medicina/preinscripcion.php?curso=III%20Congreso%20Internacional%20de%20Medicina%202015](http://www.sam.org.ar/curso_medicina/preinscripcion.php?curso=III%20Congreso%20Internacional%20de%20Medicina%202015)

Enviar completo **antes del 10 de octubre de 2015** al FAX 5411 4864-3622 o a [sociedadargentinademedicina@gmail.com](mailto:sociedadargentinademedicina@gmail.com)

Autorizo a la Sociedad Argentina de Medicina, a debitar de mi tarjeta de **Crédito VISA** el arancel correspondiente a mi inscripción como **ASISTENTE** al III Congreso Internacional de Clínica Médica y Medicina Interna, a efectuarse en la Ciudad de Buenos Aires en los Auditorios UCA de Puerto Madero del 3 al 6 de Noviembre de 2015

(marque con una cruz lo que corresponda)

### Profesionales con domicilio en el territorio de la República Argentina:

**Profesionales:** En un pago \$950 (pesos 950)

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

### Profesionales con domicilio fuera de la República Argentina:

En un pago de U\$D 200 (dólares estadou. 200)

NUMERO de TARJETA **VISA**.....

FECHA DE VENCIMIENTO:.....

BANCO EMISOR.....

Firma del titular de la tarjeta: .....

Aclaración: .....

Documento: .....

Fecha: .....