

FICHA DE PAGO DEL CURSO VIRTUAL DE ACTUALIZACIÓN EN OFTALMOLOGÍA

DATOS PERSONALES

Apellidos _____	Nombres _____
Domicilio _____	Ciudad _____
País _____	Nº de documento _____
Fecha nacimiento _____	Email _____
Tel. particular _____	Tel. móvil _____

TARJETA DE CRÉDITO (ÚNICO MEDIO DE PAGO) - A completar por el titular de la tarjeta

Yo, _____, en mi carácter de titular de la tarjeta de la empresa **VISA** **MASTERCARD (*)** **AMERICAN EXPRESS** N° _____ con fecha de vencimiento en _____ y código de seguridad N° _____, autorizo a que se debite de la tarjeta que cité anteriormente (y/o de sus posteriores reemplazos) el importe que detallo en el apartado "Aranceles" en **1 CUOTA** **2 CUOTAS** **3 CUOTAS (**)** . Además, me comprometo a informar al Consejo Argentino de Oftalmología (CAO) sobre cualquier cambio en el número de la tarjeta antes mencionada. Esta presentación tiene validez desde su recepción en el CAO y hasta el vencimiento de la tarjeta, y continuará con su renovación.

[*] La opción Mastercard sólo está disponible para tarjetas de crédito emitidas en Argentina.

[**] Opción válida para el pago de 2 o más módulos.

ARANCELES. Seleccione sólo un casillero, de acuerdo a su categoría societaria actual y a la cantidad de cursos que desea adquirir.

SOCIO CAO RESIDENTE*	SOCIO CAO ESPECIALISTA*	SOCIO CAO SUSCRIPTOR*	NO SOCIO, VIVE EN ARGENTINA **	NO SOCIO, VIVE EN EL EXTERIOR **
<input type="checkbox"/> 1 curso: gratuito	<input type="checkbox"/> 1 curso: \$900	<input type="checkbox"/> 1 curso: USD25	<input type="checkbox"/> 1 curso: \$1.650	<input type="checkbox"/> 1 curso: USD45
<input type="checkbox"/> 2 cursos: gratuito	<input type="checkbox"/> 2 cursos: \$1.700	<input type="checkbox"/> 2 cursos: USD40	<input type="checkbox"/> 2 cursos: \$3.000	<input type="checkbox"/> 2 cursos: USD80
<input type="checkbox"/> 3 cursos: gratuito	<input type="checkbox"/> 3 cursos: \$2.500	<input type="checkbox"/> 3 cursos: USD60	<input type="checkbox"/> 3 cursos: \$4.500	<input type="checkbox"/> 3 cursos: USD125
<input type="checkbox"/> 4 cursos: gratuito	<input type="checkbox"/> 4 cursos: \$3.200	<input type="checkbox"/> 4 cursos: USD75	<input type="checkbox"/> 4 cursos: \$5.000	<input type="checkbox"/> 4 cursos: USD135
<input type="checkbox"/> 5 cursos: gratuito	<input type="checkbox"/> 5 cursos: \$3.600	<input type="checkbox"/> 5 cursos: USD80	<input type="checkbox"/> 5 cursos: \$6.000	<input type="checkbox"/> 5 cursos: USD165
<input type="checkbox"/> 6 cursos: gratuito	<input type="checkbox"/> 6 cursos: \$4.000	<input type="checkbox"/> 6 cursos: USD100	<input type="checkbox"/> 6 cursos: \$6.500	<input type="checkbox"/> 6 cursos: USD180
<input type="checkbox"/> 7 cursos: gratuito	<input type="checkbox"/> 7 cursos: \$4.500	<input type="checkbox"/> 7 cursos: USD110	<input type="checkbox"/> 7 cursos: \$7.000	<input type="checkbox"/> 7 cursos: USD190

[*] Para abonar como socio deberá tener su cuota al día. Consulte su estado de cuenta con agustin.protas@oftalmologos.org.ar.

[**] Debe escanear o fotografiar su título de médico y/o especialista y adjuntarlo con el envío de este formulario.

FIRMA
DEL TITULAR DE LA TARJETA

ACLARACIÓN
DEL TITULAR DE LA TARJETA

LUGAR Y FECHA