

FICHA DE PAGO DEL CURSO VIRTUAL DE MÉTODOS DE EXAMEN 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** **Nº** _____ con fecha de vencimiento en _____ y código de seguridad Nº _____, 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 módulos 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 módulo: gratuito	<input type="checkbox"/> 1 módulo: \$700	<input type="checkbox"/> 1 módulo: USD 50	<input type="checkbox"/> 1 módulo: \$1.300	<input type="checkbox"/> 1 módulo: USD 90
<input type="checkbox"/> 2 módulos: gratuito	<input type="checkbox"/> 2 módulos: \$1.300	<input type="checkbox"/> 2 módulos: USD 90	<input type="checkbox"/> 2 módulos: \$2.300	<input type="checkbox"/> 2 módulos: USD 160
<input type="checkbox"/> 3 módulos: gratuito	<input type="checkbox"/> 3 módulos: \$1.900	<input type="checkbox"/> 3 módulos: USD 120	<input type="checkbox"/> 3 módulos: \$3.300	<input type="checkbox"/> 3 módulos: USD 220
<input type="checkbox"/> 4 módulos: gratuito	<input type="checkbox"/> 4 módulos: \$2.200	<input type="checkbox"/> 4 módulos: USD 150	<input type="checkbox"/> 4 módulos: \$4.300	<input type="checkbox"/> 4 módulos: USD 280

(*) 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
---	--	----------------------