

FICHA DE PAGO DE LOS CURSOS CORTOS

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 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: \$570	<input type="checkbox"/> 1 módulo: USD15	<input type="checkbox"/> 1 módulo: \$950	<input type="checkbox"/> 1 módulo: USD30
<input type="checkbox"/> 2 módulos: gratuito	<input type="checkbox"/> 2 módulos: \$1.075	<input type="checkbox"/> 2 módulos: USD28	<input type="checkbox"/> 2 módulos: \$1.800	<input type="checkbox"/> 2 módulos: USD55
<input type="checkbox"/> 3 módulos: gratuito	<input type="checkbox"/> 3 módulos: \$1.525	<input type="checkbox"/> 3 módulos: USD40	<input type="checkbox"/> 3 módulos: \$2.500	<input type="checkbox"/> 3 módulos: USD80
<input type="checkbox"/> 4 módulos: gratuito	<input type="checkbox"/> 4 módulos: \$2.000	<input type="checkbox"/> 4 módulos: USD50	<input type="checkbox"/> 4 módulos: \$3.000	<input type="checkbox"/> 4 módulos: USD110
<input type="checkbox"/> 5 módulos: gratuito	<input type="checkbox"/> 5 módulos: \$2.275	<input type="checkbox"/> 5 módulos: USD70	<input type="checkbox"/> 5 módulos: \$3.500	<input type="checkbox"/> 5 módulos: USD130
<input type="checkbox"/> 6 módulos: gratuito	<input type="checkbox"/> 6 módulos: \$2.500	<input type="checkbox"/> 6 módulos: USD80	<input type="checkbox"/> 6 módulos: \$4.300	<input type="checkbox"/> 6 módulos: USD150
<input type="checkbox"/> 7 módulos: gratuito	<input type="checkbox"/> 7 módulos: \$2.800	<input type="checkbox"/> 7 módulos: USD90	<input type="checkbox"/> 7 módulos: \$5.000	<input type="checkbox"/> 7 módulos: USD170
<input type="checkbox"/> 8 módulos: gratuito	<input type="checkbox"/> 8 módulos: \$3.000	<input type="checkbox"/> 8 módulos: USD100	<input type="checkbox"/> 8 módulos: \$5.500	<input type="checkbox"/> 8 módulos: USD190
<input type="checkbox"/> 9 módulos: gratuito	<input type="checkbox"/> 9 módulos: \$3.050	<input type="checkbox"/> 9 módulos: USD110	<input type="checkbox"/> 9 módulos: \$6.000	<input type="checkbox"/> 9 módulos: USD210
<input type="checkbox"/> 10 módulos: gratuito	<input type="checkbox"/> 10 módulos: \$3.100	<input type="checkbox"/> 10 módulos: USD120	<input type="checkbox"/> 10 módulos: \$6.800	<input type="checkbox"/> 10 módulos: USD220

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

➔ DEBE ESCANEAR O FOTOGRAFIAR ESTE FORMULARIO Y ENVIARLO A EDUCACION@OFTALMOLOGOS.ORG.AR