

FICHA DE PAGO DE LOS CURSOS CAO PRESENCIALES Y EN VIVO

DATOS PERSONALES

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

MEDIO DE PAGO. Elija una de las tres opciones posibles

1- Con tarjeta de crédito

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 la compra de 5 o más cursos.

2- Depósito bancario o transferencia

Banco Macro Bansud - Cuenta corriente en pesos n° 35060063211020/1 - Sucursal 506 - CBU 28505060 3000632110201-1.
Banco Credicoop - Cuenta corriente en pesos n° 46068/7 - Sucursal 001 - CBU 19100018 5500010460687-8.

3- En efectivo

En persona en la sede del CAO.

ARANCELES. Marque con una cruz lo que corresponda

CANTIDAD DE CURSOS	SOCIO CAO RESIDENTE*	SOCIO CAO ESPECIALISTA*	SOCIO CAO SUSCRIPTOR*	NO SOCIO, VIVE EN ARGENTINA **	NO SOCIO, VIVE EN EL EXTERIOR **
1	\$ 250 <input type="checkbox"/>	\$ 600 <input type="checkbox"/>	USD 20 <input type="checkbox"/>	\$ 1.500 <input type="checkbox"/>	USD 45 <input type="checkbox"/>
2	\$ 400 <input type="checkbox"/>	\$ 1.000 <input type="checkbox"/>	USD 30 <input type="checkbox"/>	\$ 2.500 <input type="checkbox"/>	USD 70 <input type="checkbox"/>
3	\$ 600 <input type="checkbox"/>	\$ 1.300 <input type="checkbox"/>	USD 40 <input type="checkbox"/>	\$ 3.500 <input type="checkbox"/>	USD 80 <input type="checkbox"/>
4	\$ 800 <input type="checkbox"/>	\$ 1.700 <input type="checkbox"/>	USD 50 <input type="checkbox"/>	\$ 4.500 <input type="checkbox"/>	USD 100 <input type="checkbox"/>
5	\$ 1.000 <input type="checkbox"/>	\$ 2.000 <input type="checkbox"/>	USD 60 <input type="checkbox"/>	\$ 5.500 <input type="checkbox"/>	USD 110 <input type="checkbox"/>

(*) 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

ACLARACIÓN

LUGAR Y FECHA

→ DEBE ESCANEAR O FOTOGRAFIAR ESTE FORMULARIO Y ENVIARLO A EDUCACION@OFTALMOLOGOS.ORG.AR
→ SI OPTÓ POR DEPÓSITO O TRANSFERENCIA, ENVÍE TAMBIÉN UNA COPIA DEL COMPROBANTE.