

## FICHA DE INSCRIPCIÓN AL FOSOPRO

### DATOS PERSONALES

|                      |                                    |
|----------------------|------------------------------------|
| Apellidos            | Nombres                            |
| Email personal       | Email laboral (pacientes)          |
| Tel. celular         | Tel. laboral (pacientes)           |
| Nacionalidad         | Fecha nacimiento                   |
| Dirección            | País                               |
| Provincia            | Código postal                      |
| DNI                  | CUIL                               |
| Categoría tributaria | Año en el que se recibió de médico |

### MATRÍCULA (Debe completar al menos uno)

| Provincial | Nacional |
|------------|----------|
| Número     | Número   |
| Provincia  |          |

### 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". 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.

Autorizo al CAO a trasladar en forma automática a mi tarjeta los aumentos que disponga el Comité Ejecutivo en el costo del FOSOPRO.

### ARANCELES. Marque con una cruz lo que corresponda

- Médicos con menos de 5 años de ejercicio profesional: cuotas mensuales de \$100
- Médicos de entre 5 y 10 años de ejercicio profesional: cuotas mensuales de \$230
- Médicos de más de 10 años de ejercicio profesional: cuotas mensuales de \$330

FIRMA  
DEL TITULAR DE LA TARJETA

ACLARACIÓN  
DEL TITULAR DE LA TARJETA

LUGAR Y FECHA