

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

Enero: \$722,10. Febrero: \$946,20. Marzo: \$1120,50. Abril: \$1145,40. Mayo: \$1170,30. Junio: \$1195,20. Julio: \$1220,10. Agosto: \$1245,00. Septiembre: \$1269,60. Octubre: \$1294,80. Noviembre: \$1319,70. Diciembre: \$1344,60.

FIRMA
DEL TITULAR DE LA TARJETA

ACLARACIÓN
DEL TITULAR DE LA TARJETA

LUGAR Y FECHA