

FICHA DE PAGO DE LA MUTUAL DE MÉDICOS ANESTESIÓLOGOS

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

ES USTED (Complete solo uno)

Residente	Concurrente	Especialista
Fecha de inicio	Fecha de inicio	Fecha de inicio
Duración total	Duración total	

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 de la Mutual.

ARANCELES. Marque con una cruz lo que corresponda

- A- Cuota de afiliación a la Mutual de Médicos Anestesiólogos: \$1100
- B- Si ya sabe qué servicio de la mutual va a utilizar, por favor indíquelo aquí:
Gastos por la utilización del servicio \$

FIRMA
DEL TITULAR DE LA TARJETA

ACLARACIÓN
DEL TITULAR DE LA TARJETA

LUGAR Y FECHA