



**14° Congreso Internacional de Medicina Interna
del Hospital de Clínicas
de la Universidad de Buenos Aires
1986 - 2012
Buenos Aires, 14 al 17 de agosto de 2012**

AUTORIZACION DE DEBITO DE TARJETA DE CREDITO

Nombre del Inscripto: _____

Instrucciones:

- 1. Complete e imprima** este formulario y **fírmelo**
- Envíelo al **fax 4313 3600 int. 124**

El que suscribe:
(Nombre del titular de la tarjeta de crédito tal como aparece en la misma).

D.N.I o Pasaporte Nro.: _ _ _ _ _

en carácter de titular de la tarjeta: VISA MASTERCARD

Nº: _ _ _ - _ _ - _ _ - _ _ - _ _ Vencimiento: _ _ - _ _

Banco Emisor _____

Codigo de Seguridad _____
(últimas 3 cifras que figuran a la derecha de la firma en el dorso de la tarjeta)

Domicilio adonde llega el resumen _____

autoriza a que sea debitado de su tarjeta, precedentemente citada, por parte **UBATEC S.A.**, el importe que se detalla a continuación.

La suma de :

Fecha:

Firma:

Aclaración: