

## FICHA DE PAGO - CURSO AUXILIAR EN OFTALMOLOGIA

### 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 "Arancel" en 1 CUOTA. 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.

**2- Depósito bancario o transferencia**

Banco Macro Bansud - Cuenta corriente en pesos nº 35060063211020/1 - Sucursal 506 - CBU 28505060 3000632110201-1.

**ARANCEL:** \$700.00

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.