



16, 17 y 18 de Febrero de 2017 / Hotel Crowne Plaza
www.sharingwiththeexperts.com

AUTORIZACIÓN PARA SERVICIOS DE CARGOS AUTOMATICOS

Nombre del Comercio: _____

Nombre del Cliente: _____

Dirección: _____

País: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Email: _____

REGISTRO /Categoría para el Congreso

Médicos especialistas **\$125.00** Médicos Socios (ADES Y PRODERMA) **\$100.00**

Residentes, Estudiantes y Enfermeras **\$80.00**

Incluye: Talleres, Diploma de participación, Coffee Break y Almuerzos.

Hospital donde Trabaja: _____

Jefe Superior: _____

DUI: _____

Emisor: Visa Master Card Amex Diners Discovery

*Nombre tarjeta habiente (tal como aparece en la tarjeta): _____

Nº de Tarjeta: _____

Fecha de Vencimiento: _____

IX Sharing with the Experts

16, 17 y 18 de Febrero de 2017 / Hotel Crowne Plaza
www.sharingwiththeexperts.com

Autorizo a medicosdeelsalvador.com, S.A. de C.V. a efectuar a mi tarjeta de crédito o débito antes detallada los cargos originarios por la compra de inscripción al IX Congreso Sharing with the experts:

Observaciones: _____

Cargo a realizar en tarjeta: _____

En concepto de:

Y por este medio manifiesto estar de acuerdo con lo pactado por mi persona y medicosdeelsalvador.com S.A. de C.V.

Fecha de firma de autorización: _____

Firma de Aceptado _____