2do CONGRESO ODONTOLOGÍA COMUNITARIA - 7as. Jornadas

15 al 17 mayo 2014

Fecha

Apellidos

Nombres

Tipo y Nº Documento de Identidad

Domicilio

Ciudad **País**

Teléfono **E-mail**

Tarjeta de Crédito:

MASTERCARD ☐ **VISA** ☐ **Nº CUOTAS** ☐ Odontólogos nacionales hasta 6 cuotas. Extranjeros 1 pago

IMPORTE TOTAL $ **Importe en letras**

Nº de Tarjeta **CVC**

Vencimiento **Firma**

Autorización **Fecha**

Observaciones:

Por este medio solo podrán inscribirse Socios del Interior y Extranjeros.
Luego de completar con los datos solicitados, favor enviar a Secretaría Administrativa de la A.O.U. vía fax al 2900 1572 o vía e-mail: contactoaou@aou.org.uy