

# 4<sup>o</sup> Congreso Odontológico del Mercosur

Hotel Conrad - Punta del Este - Uruguay  
16, 17 y 18 de octubre de 2014



**Fecha**

**Apellidos**

**Nombres**

**Tipo y N° Documento de Identidad**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Domicilio**

**Ciudad**

**País**

**Teléfono**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**E-mail**

**Tarjeta de Crédito:**

**MASTERCARD**

**VISA**

**N° CUOTAS**

Odontólogos nacionales  
hasta 10 cuotas sólo VISA.  
Master Card 6 pagos.  
Extranjeros 1 pago

**IMPORTE TOTAL U\$S**

**Importe en letras**

**N° de Tarjeta**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**CVC** (tres dígitos del dorso)

--	--	--

**Vencimiento**

--	--	--	--

**Firma**

\_\_\_\_\_

**Autorización**

**Fecha**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Observaciones:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Luego de completar con los datos solicitados, favor enviar a Secretaría Administrativa de la A.O.U. vía fax al 2900 1572 int. 112 ó vía e-mail: [contactoaou@aou.org.uy](mailto:contactoaou@aou.org.uy)