

Asociación Argentina de Hemoterapia, Inmunohematología y Terapia Celular

Complete aquí los datos de su tarjeta de crédito para autorizar el descuento con:

Visa Mastercard American Express

N° Tarjeta: _____

F. de vencimiento: _____

Código de seguridad _____ (al dorso del plástico)

Correspondiente a..... (Nombre y apellido)

El importe de \$...../US\$.....

En concepto de:

Dirección donde recibe el resumen de su cuenta:

.....

Correo electrónico:

Teléfono para contacto:

.....
Nombre y apellido

.....
Firma del titular

IMPORTANTE

Dicha autorización se renueva en forma automática. En caso de no querer abonar con tarjeta de crédito o la renovación de la misma, notificarnos antes del 31 de diciembre de cada año. Si desea que le adjuntemos el recibo de pago, solicitarlo al mail de: secretaria@aahi.org.ar