

IMPORTANTE: Recuerde que para hacer efectiva su inscripción, **debe completarse este formulario únicamente en forma manuscrita y enviarlo por fax al (54-11) 5 239-4020.** Antes de enviarlo, por favor verifique no haber omitido ninguno de los campos requeridos. Muchas gracias.

Razón Social: Fundación ISALUD		Mastercard
SUSCRIPCIONES		Número de comercio de venta asignado 089 73 62/5
Apellido y nombre del inscripto:		
Tel:	E-mail:	
Nombre del Curso:		

Detalle (del titular de la cuenta)	
Apellido y nombre del titular:	Tipo y número de documento:
Teléfono:	País de origen:
Número de tarjeta:	Fecha de vencimiento:
Código de seguridad: (los tres dígitos al dorso de su tarjeta).....	
Apellido y nombre de las extensiones	
Extensión 1: _____	Extensión 3: _____ -
Extensión 2: _____	Extensión 4: _____
Domicilio de entrega del resumen de cuenta:	
Domicilio de entrega del producto o servicio:	
Número de cupón o artículo (a completar por Fundación ISALUD) _____	Código de autorización (a completar por Fundación ISALUD) _____

Para calcular el monto, solicitamos multiplicar el arancel en dólares del curso por el precio de venta publicado en <http://dolarhoy.com/indexx.php> , para obtener su valor en moneda argentina.

Importe en pesos (argentinos): _____	\$ (arg) _____
--------------------------------------	----------------

Firma del titular:
