

VISA



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		VISA
SUSCRIPCIONES -		Número de comercio de venta asignado 0013172234
Apellido y nombre del inscripto:		
Tel:	E-mail:	
Nombre del Curso:		

COMPLETAR ESTE FORMULARIO DE PUÑO Y LETRA

Detalle (del titular de la tarjeta)	
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).....	
Número de recibo (a completar por Isalud)	Código de autorización Fecha de Autorización (a completar por Isalud)
Domicilio de entrega del resumen de cuenta:	
Domicilio de entrega del producto o servicio:	

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

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.

Firma del titular:	
Aclaración:	