

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		AMERICAN EXPRESS
Número de comercio de venta asignado 9906732557		
Apellido y nombre del participante:		
Tel:	E-mail:	
Nombre del Curso:		

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 cuatro dígitos del ángulo superior derecho de su tarjeta)
Número de cupón o artículo (a completar por Fundación ISALUD)	Código de autorización (a completar por Fundación ISALUD)
Domicilio de entrega del resumen de cuenta:	
Domicilio de entrega del producto o servicio:	

Importe:.....	\$.....
------------------------	---------

Firma del titular:
