

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 participante:		
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)

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

Firma del titular:
