



# FEPREVA

Fundación para el Estudio, la Prevención y el Tratamiento  
de la Enfermedad Vascul ar Aterosclerótica

Institución Afiliada a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires

## Formulario de Inscripción

### Curso: Sedimento Urinario Nefrológico

Apellido	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>
Dirección	<input type="text"/>		
Ciudad	<input type="text"/>	Provincia	<input type="text"/>
Código postal	<input type="text"/>	País	<input type="text"/>
Teléfono	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
Celular	<input type="text"/>	Documento Tipo	<input type="text"/>
		N°	<input type="text"/>

#### Formas de pago

Arancel \$	<input type="text"/>	Miembro de	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Efectivo	<input type="radio"/> Cheque	N°	<input type="text"/>	Banco	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Transferencia	CBU Origen	<input type="text"/>	Banco	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### Tarjetas de Crédito (Un pago)

<input type="radio"/> VISA	<input type="radio"/> Mastercard	<input type="radio"/> American Express	
Número sin espacios ni guiones	<input type="text"/>		
Código de seguridad	<input type="text"/>	Vencimiento	<input type="text"/>

**Anote abajo los datos tal como figuran en la Tarjeta y el Domicilio donde recibe el resumen si difieren de los anteriores**

Apellido	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>
Dirección	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>
Ciudad	<input type="text"/>	Provincia	<input type="text"/>
Código postal	<input type="text"/>	País	<input type="text"/>
Documento de Identidad Tipo	<input type="text"/>	Número	<input type="text"/>

Importe a debitar de su Tarjeta de Crédito \$

Enviar por fax: (5411) 4702 1755

Sugerimos no enviar datos de tarjeta de crédito por correo electrónico.

Reservado FEPREVA. Autorización	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>
---------------------------------	----------------------	-------	----------------------

Fecha, firma y aclaración