



Formulario de Inscripción

Lea atentamente: No se aceptarán inscripciones que no vayan acompañadas del pago correspondiente. Utilice un único formulario por inscripto y escriba en letras mayúsculas. Los datos que nos facilite serán los que se utilicen para emitir el recibo correspondiente.

<input type="checkbox"/> Prof.	<input type="checkbox"/> Dr.	NOMBRE:	APELLIDO:
ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN			
DIRECCIÓN			
CP	CIUDAD	PAÍS	
TEL.	FAX	E-MAIL	
CUIT/CIF			
DATOS FISCALES: (Si difieren de lo arriba indicados).			

La información por Usted proporcionada está resguardada por la Ley de Protección de Datos Personales (N° 25.326)

1. Inscripción.

Confirmando mi asistencia al Congreso.

2. Cursos Pre-Congreso.

Sede AAOFM

1 "El crecimiento humano del cráneo: La integración en el desarrollo facial." Dra. Marie Josephe Deshayes - Francia.	16 de Noviembre 09:00 a 13:00 hs.	<input type="checkbox"/> Confirmando mi asistencia
2 "Regulador de Funciones Arago. Tratamiento de enfermedades sistémicas." Dr. Wilson Arago - Brasil.	16 de Noviembre 14:30 a 18:30 hs.	<input type="checkbox"/> Confirmando mi asistencia
3 "Encuentro con Laboratoristas del Mundo".	16 de Noviembre 14:30 a 18:30 hs.	<input type="checkbox"/> Confirmando mi asistencia

La cuota de inscripción a ambas actividades incluye: entrada a las sesiones científicas y exposición comercial. En ambos casos se otorgan certificados de asistencia.

3. Programa Social.

Cena Oficial.

Fecha	Valor.	N° de personas.	Total
Viernes 18 de Noviembre.	U\$S 60.-		U\$S



4. Medios de pago.

- Transferencia bancaria (1)
 Depósito bancario (2)

A.A.O.F.M.

Banco Santander Río.
 Cta. Cte. \$ 133-307/8
 CLAVE BANCARIA UNIFORME CBU
 07201338-20000000030786
 CUIT: 30-54185469-6

Rogamos indique su nombre en la referencia y remita una copia de la operación por fax o e-mail.

Fax (54+11)4632-6926 E-mail: secretaria@aaofm.org.ar

(1) y (2) Válido solamente para Argentina.

Mediante tarjeta de crédito: VISA. AMERICAN EXPRESS MASTERCARD

* Usted puede realizarlo también en forma personal o telefónicamente

Por favor consigne los siguientes datos:

Tarjeta Nº : _____ Fecha de Vencimiento: _____

Titular: _____ Cod. De Seg./PIN _____

Cursos Pre-Congreso		U\$S	Fecha:	Firma Autorizada:
Congreso		U\$S		
Programa social		U\$S		
Total		U\$S		

Su inscripción será confirmada una vez recibido el importe correspondiente.

Autorizo a la Asociación Argentina de Ortopedia Funcional de los Maxilares a cargar a esta tarjeta de crédito la cantidad total, así como los importes correspondientes a los cambios producidos en mi reserva. Condiciones de cancelación a las actividades científicas: las cancelaciones recibidas hasta el 15 Octubre tendrán derecho a reembolso de un 50% de la cuota abonada. A partir de esa fecha tendrán un 100% de gastos administrativos.

Confirmando que he leído y acepto las políticas de cancelación.

Asociación Argentina de Ortopedia Funcional de los Maxilares.
 Av. Directorio 1824 – (C1406GZU) Ciudad de Buenos Aires, República Argentina.
 Teléfonos: (54+11) 4632-6926 y líneas rotativas. Fax(54+11) 4632-8138.
 E-mail: secretaria@aaofm.org.ar Web: www.aaofm.org.ar