



**Asociación Argentina para el Estudio del Dolor**  
Capítulo de la International Association for the Study of Pain

**DATOS PERSONALES**

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Depto.: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Tipo de Documento: \_\_\_\_\_

Nº de Documento: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**DATOS TARJETA DE CRÉDITO**

Marque con una x la opción correcta:

Visa \_\_\_\_\_

MasterCard \_\_\_\_\_

Argencard \_\_\_\_\_

Complete los siguientes datos

Tarjeta N.º: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Fecha de Vencimiento: \_\_\_\_\_

Titular: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Autorizo debitar de mi tarjeta de crédito la cuota societaria anual correspondiente al/los  
año/s: \_\_\_\_\_ por un importe total de:

\_\_\_\_\_ \*

*\* Recuerde que el costo de la cuota anual asciende a \$200.*

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración

Una vez completado este formulario recuerde enviarlo vía fax al (011) 4812-1657.