



Información para pago de Cuotas Societaria

Asociación Argentina de Hemoterapia, Inmunohematología y Terapia Celular

Mes en el que desea realizar el débito ANUAL: _____

Complete aquí los datos de su tarjeta de crédito para autorizar el descuento con:

Visa MasterCard American Express

N° Tarjeta: _____

Fecha de vencimiento: _____/_____

Código de seguridad (3 dígitos dorso, Amex: 4 dígitos frente) _____

Nombre y apellido del titular de la tarjeta

DNI/ CUIL ó CUIT

Correspondiente al pago de:

.....

Monto (especificar \$ o USD).....

Tel:..... Mail:.....

Dicha autorización se renueva en forma automática. En caso de no querer abonar con tarjeta de crédito, notificarnos antes del 31 de diciembre del año anterior a la baja.

.....
Apellido y nombre

.....
Firma

Enviar por email a: secretaria@ahitc.org.ar

Si desea recibir la factura de pago deberá especificarlo por mail al momento de enviar este formulario.

En caso de extravío o cambio de tarjeta, por favor avisar por email a secretaria@ahitc.org.ar