

CUPÓN DE SUSCRIPCIÓN MEDICINA INFANTIL

Precio de la suscripción 2011(4 números) para la República Argentina y países limítrofes: \$ 160,00.

Residentes y estudiantes: \$100.00.

Por gastos de envío a otros países se deben agregar U\$S 25.

Apellido y Nombre

Documento (Tipo y Número)

Dirección: Calle

Número

Piso

Departamento

Ciudad

Código postal

País

()

()

Teléfono

FAX

Forma de pago

Efectivo:

Cheque: (**)

Autorizo se debite automáticamente a la tarjeta de crédito

Visa N°

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de vencimiento:

MasterCard o Argencard N°

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de vencimiento:

Firma

Fecha

(*) Debe enviarse constancia que acredite tal condición.

(**) A nombre de "Fundación Hospital de Pediatría"