

CUPÓN DE SUSCRIPCIÓN MEDICINA INFANTIL

Precio de la suscripción 2019 (4 números) para la República Argentina y países limítrofes: \$ 1600,00.
Residentes y estudiantes: \$1000.00.
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

Email

Forma de pago

Efectivo:

Cheque: (**)

Autorizo se debite automáticamente a la tarjeta de crédito

Visa N°

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

Fecha de vencimiento:

MasterCard / Argencard N° / American Express

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

Fecha de vencimiento:

Firma

Fecha

(*) Debe enviarse constancia que acredite tal condición.

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