X Encuentro de Investigación de la Sociedad Argentina de Endodoncia

Seccional de la Asociación Odontológica Argentina

3 y 4 de Septiembre 2015

Gran Hotel Presidente-Salta

Apellido/s y Nombre/s…………………………………..……...................…………………………………………………… Documento:……………………………………………………………………………………………………………………………….Domicilio…………………………………….Localidad/Provincia………………………………………..C.P………………..País………………..……………………..Teléfono/Celular……………………………………….................................. E-mail………………………….............................Facebook/Twitter………………………………………………………

**Socios SAE**

Encuentro

Encuentro y comidas

Encuentro alojamiento y comidas 2 Noches 3 Noches

**Socios AOA**

Encuentro

Encuentro y comidas

Encuentro alojamiento y comidas 2 Noches 3 Noches

**No Socio**

Encuentro

Encuentro y comidas

Encuentro alojamiento y comidas 2 Noches 3 Noches

**Extranjeros**

Encuentro

Encuentro y comidas

Encuentro alojamiento y comidas 2 Noches 3 Noches

**FORMAS DE PAGO**

 Efectivo

 Cheque o Transferencia Bancaria Nº.…………........………………….Banco…………....................…………

 Tarjeta de Crédito VISA

AMERICAN EXPRESS

MASTERCARD

Tarjeta Nº

Código de Seguridad

Mes y año de vencimiento