



1^{ra}. Reunión Internacional de Hemato-Oncología Pediátrica

Del 04 al 06 de Marzo 2010
Hotel Gran Almirante, Santiago

FORMULARIO DE INSCRIPCION AL CONGRESO/CONGRESS REGISTRATION FORM

(Por favor use un formulario para cada participante / Please use one form for each participant)

Nombre / Name _____
Apellido / Last name _____
Titulo / Title _____ Organización / Organization _____
Dirección / Address _____
Ciudad / City _____ Código Postal/Zip Code _____
Tel.Oficina/ Phone Office (_____) _____ Fax (_____) _____
Correo electrónico/e-mail adress _____

CUOTAS DE INSCRIPCION/ REGISTRATION FEES

INSCRIPCION GENERAL
CURSOS DE ACREDITACION

- MEDICOS ESPECIALISTAS -----RD\$2,500.00
 MEDICOS GENERALES -----RD\$1,500.00
 RESIDENTES, ESTUDIANTES, ENFERMERAS -----RD\$1,000.00

* Solo llene este espacio en caso de pagar con tarjeta de crédito

Tarjeta de Crédito /Credit Card <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTERCARD <input type="checkbox"/> AMERICAN EXPRESS
Nombre y Apellidos del Tarjetahabiente / Credit Card Holder's Name _____
Número tarjeta de crédito / Credit Card Number: _____ <i>Solamente/Only VISA, MASTERCARD, AMERICAN EXPRESS</i>
Fecha de vencimiento / Exp. Date: _____
VISA & MC: 3 Dígitos de seguridad detrás de la tarjeta /Last 3 Digits on the back of the credit card (Secure digits): _____
AMERICAN EXPRESS: 4 Dígitos de seguridad delante de la tarjeta / 4 Digits on the front of the crédito card (Security): _____
FIRMA TARJETAHABIENTE/SIGNATURE _____
FECHA/DATE POSTED: _____

NOTA: EN CASO DE PAGAR CON TARJETA DE CREDITO SE CARGARA RD\$125.00 POR CARGOS BANCARIOS POR INSCRIPCION.
Para mayor información llamar a [turenlaces](http://turenlaces.com) a nuestros Tel: (809) 565-3500 - Fax: (809) 565-1221 - Email: congresos@turenlaces.com
Calle "C" No. 32, Piso 2, Reparto Esteva - Santo Domingo - Republica Dominicana