



## URGENCIAS Y TRATAMIENTO DEL NIÑO GRAVE 2014

### DATOS DEL ASISTENTE

Apellidos		Nombre
Dirección		Provincia
C.P.	Población	Tel.
Fax	E-mail	N.I.F.

### Forma de pago

**Importe:** 500 euros

VISA

EUROCARD

MASTERCARD

Nombre del titular		
Nº Tarjeta		Caducidad
Fecha	Firma	

Cheque bancario nominativo a ERGON TIME

Transferencia bancaria a la cuenta de ERGON TIME: Banco Sabadell: 0081 0469 46 0001032407

IMPORTANTE: Indicar nombre y concepto de transferencia. Adjuntar comprobante al boletín de inscripción