



URGENCIAS Y TRATAMIENTO DEL NIÑO GRAVE 2016

Datos del asistente

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

Forma de pago

Importe: 450 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