



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