



SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA (SLEPE)

FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y DE AUTORIZACION DE DÉBITO DE LA CUOTA SOCIAL.

Por la presente manifiesto conocimiento de la Asamblea Constitutiva de la Sociedad Latinoamericana de Emergencia Pediátrica, el día 28 de noviembre del año 2016 en Montevideo (Uruguay), su reglamentación y mi aspiración a integrarme a dicha Sociedad en calidad de socio activo avalando sus estatutos.

Asimismo, autorizo por el presente y hasta nuevo aviso, a gestionar el débito de la cuota social de U\$S 10 (diez dólares americanos) mensuales, en forma (coloque una X):

Mensual (U\$ 10): Trimestral (U\$ 30): Anual (U\$ 120):

De mi tarjeta de crédito (marque con una cruz): VISA: MASTER:

N°: Código de seguridad: (3 números al dorso):

Con fecha de vencimiento: Mes: Año:

Dicho débito será depositado en la Cuenta Corriente en dólares del Banco Itaú N°: 2249924 correspondiente a la Sociedad Latinoamericana de Emergencia Pediátrica.

Datos Personales:

Nombres: Apellidos:

DNI o CI: País de emisión:

Domicilio: Ciudad:

País: Teléfono (con código país):

Email:

En caso de no ser titular de la tarjeta de la cual se realizarán los débitos, por favor completar datos del titular:

Nombres: Apellidos:

DNI o CI: País de emisión:

FIRMA (ORIGINAL O ESCANEADA): _____