

Importante: Enviar por fax: 4771-2501

Asociación Argentina de Hemoterapia e Inmunohematología

Complete aquí los datos de su tarjeta de crédito para autorizar el descuento con:

Visa Mastercard American Express

N° Tarjeta: _____

Fecha de vencimiento: _____

Código (N° al dorso) _____

Dirección donde recibe el resumen de su cuenta.....

.....

Correspondiente al pago de:

.....

Monto.....

Tel.....mail.....

.....
Nombre y apellido

.....
Firma del titular

Dicha autorización se renueva en forma automática. En caso de no querer abonar con tarjeta de crédito, notificarnos antes del 31 de diciembre de cada año.

En caso de cambiar de tarjeta, por favor avisar telefónicamente o por email

a aahi@aahi.org.ar