

Curso a Distancia

Odontología Comunitaria 2009

Formulario para Informe de Pagos

Apellido/s:

Documento: DNI/LC/LE/CI

Nombre/s:

Fecha de depósito

 / /

Email para confirmar recepción de este formulario:

Indique con una **x** la (o las) cuota(s) que está abonando, y la cuenta destino:

No socios

Pago Total: \$ 900

Cuota Inicial de \$ 480

Mayo: \$ 300

Junio: \$ 300

Completar:



Nº de Sucursal donde realizó del depósito

Nombre / Ubicación de la sucursal

Nº del **comprobante** (*NO del sobre*)

Los pagos de las cuotas deben ser realizados del 1 al 10 de cada mes

SOCIOS R.O.C.A. y Convenios Especiales

Pago Total: \$ 600

Descuento válido únicamente
abonando la totalidad del curso
antes del inicio del mismo.

Complete con sus datos y envíe
al **(02241) 42-2993**
Conserve esta hoja junto con el
comprobante hasta finalizar el
curso.



Pegue aquí el (o los)
comprobantes(s) de
depósito de las cuotas
abonadas: