

# Periodontología Clínica Integral 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:

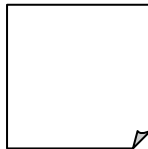
Indique con una **x** la (o las) cuota(s) que está abonando, y la cuenta destino:

No socios	
<input type="checkbox"/>	Pago Total: \$ 950
<input type="checkbox"/>	Cuota Inicial de \$ 500
<input type="checkbox"/>	Junio: \$ 300
<input type="checkbox"/>	Julio: \$ 300

Completar:	
	
N° de Sucursal donde realizó del depósito	<input type="text"/>
Nombre / Ubicación de la sucursal	<input type="text"/>
N° del <b>comprobante</b> ( <i>NO del sobre</i> )	<input type="text"/>

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

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: