⇨ Para: Dpto. de Admisión

Curso de Posgrado por Internet

MEDICINA DEL DOLOR 2009

Formulario para Informe de Pagos

DOLOR 09

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:

PAGO REALIZADO

- ☐ Pago Total: $ 870

- ☐ Cuota Inicial de $ 250
- ☐ Julio: $ 160
- ☐ Agosto: $ 160
- ☐ Septiembre: $ 160
- ☐ Octubre: $ 160
- ☐ Noviembre: $ 160

Completar:

HSBC

N° de Sucursal donde realizó del depósito
Nombre / Ubicación de la sucursal
N° del **comprobante** (*NO del sobre*)

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

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

Recuerde enviar
la Documentación Necesaria
junto al Primer Informe de Pagos,
caso contrario no será
habilitado para cursar

Envíe el fax al (011) **4805-2607** y conserve esta hoja junto con el comprobante hasta finalizar el curso