# 9, 10 y 11 de agosto COSUE 2018

Asociación Odontológica Uruguaya

SOCIEDAD URUGUAYA DE ENDODONCIA

**Fecha**

**Apellidos**

**Nombres**

**Tipo y Nº Documento de Identidad**

**Domicilio**

**Ciudad**

**País**

**Teléfono**

**E-mail**

**TARJETA DE CRÉDITO** ☐ **MASTERCARD** ☐ **VISA**

**Número de Cuotas:** ☐

Odontólogos nacionales hasta 6 cuotas
Extranjeros 1 cuota

**IMPORTE:**

**Importe en letras**

**Nº de tarjeta:**

**CVC:**

**Vencimiento:**

**Firma:** _____

**Autorización:**

**Fecha:**

**Observaciones:** _____

***Por este medio podrán inscribirse Socios del Interior y Extranjeros***

*Luego de completar con los datos solicitados, favor enviar a Secretaría Administrativa de la A.O.U. vía fax al 2900 1572, int. 112 o vía e-mail: contactoaou@aou.org.uy*