

**AUTORIZACION COBRO A TARJETA DE CREDITO**

**Por favor completar el presente formulario y enviar por correo a la dirección** [**info@promedcostarica.org**](mailto:info@promedcostarica.org) **con una copia del documento de identidad**

El suscrito, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; documento de identidad #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autorizo la Cámara Costarricense de la Salud PROMED a cobrar mi tarjeta de crédito:

Visa ( ) MasterCard ( )

Numero: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha expiración: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Código de seguridad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ el monto de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por concepto de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_