



Colegio Ibero Latinoamericano de Dermatología

DIPLOMATURA EN DERMATOLOGÍA CLÍNICA

- Formulario de Inscripción -

DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDO:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

DOMICILIO:

CÓDIGO POSTAL:

CIUDAD:

PAÍS:

TEL:

EMAIL:

Dermatólogos Socios CILAD

ARANCEL TOTAL 2019-2020*: USD 700

*Dto. De 100 USD por pago en 1 cuota.

ARANCEL PARCIAL 2019*: USD 350

*En el año 2020 se abonará el resto del pago (350 USD) en una segunda cuota.

Dermatólogos No Socios CILAD

ARANCEL TOTAL 2019-2020*: USD 1100

*Dto. De 100 USD por pago en 1 cuota.

ARANCEL PARCIAL 2019*: USD 550

*En el año 2020 se abonará el resto del pago (550 USD) en una segunda cuota.



FORMULARIO DE PAGO:

TARJETA DE CRÉDITO

TITULAR:

AUTORIZO A: MASTERCARD VISA AMEX

A DEBITAR DE LA TARJETA N°:

FECHA DE VENCIMIENTO: / (mes y año)

CODIGO DE SEGURIDAD (número de 3 dígitos que figura en su tarjeta. AMEX tiene 4 dígitos):

Firma:

Fecha:

Luego de ser completado, enviar por email a la Secretaría
CILAD.

cilad@cilad.org - www.cilad.org