

**VIERNES, 4 DE MARZO DE 2022**

NOMBRE:		
FARMACIA:	PUEBLO:	
PROFESIÓN:	NÚM. DE LICENCIA	
EMAIL:	TEL:	CEL:
DIRECCIÓN POSTAL:		

### SELECCIONE COSTO DE ENTRADA

**Socios: \$200.00**       **No Socios: \$250.00**

(INCLUYE DESAYUNO, ALMUERZO Y ACTIVIDAD DE CIERRE)

### FORMA DE PAGO

TOTAL A PAGAR: \$	TARJETA DE CRÉDITO	VISA <input type="checkbox"/>	MASTER CARD <input type="checkbox"/>	AMERICAN EXPRESS <input type="checkbox"/>
CHEQUE #	GIRO #			
TARJETA A NOMBRE DE:				
NÚM. DE TARJETA:			SECURITY CODE (AMEX 4 DÍGITOS)	
FECHA EXPIRACIÓN:	FIRMA:			