

FICHA DE INSCRIPCIÓN

Sírvase llenar con letra imprenta y enviar al e-mail: spo@spo.org.pe

Nombres:

Apellidos Paterno y Materno:

Dirección:

Distrito:

Ciudad:

Teléfono:

Celular:

E-mail:

Institución donde labora:

Especialidad:

Costos de Incripción:

Médicos Asociados	\$ 130.00
Médicos No Asociados	\$ 170.00
Médicos Residentes	\$ 100.00
Médicos Vitalicios	\$ 100.00

INSCRIPCIONES:

Local Sociedad Peruana de Oftalmología
Parque Luis F. Villarán 957, San Isidro
Telf.: (511) 440-2698 Fax: (511)440-6740
E-mail: spo@spo.org.pe
Web: www.spo.org.pe

CONDICIONES DE PAGO:

- ♦ Pago en efectivo en la SPO
- ♦ Depósito en Cta. Cte. Interbank
Dólares N° 1273000533922
a nombre de la Sociedad Peruana de Oftalmología
- ♦ Pago con Tarjeta de Crédito Visa en Soles.