



AUTORIZACION PARA REALIZAR CARGOS A TARJETA DE CREDITO

Yo _____ con cédula de
identidad personal No. _____ autorizo a la
Asociación Odontológica Panameña con oficinas en EDIFICIO ADVANCED 099
PISO 12, URB. CAMPO ALEGRE

Representada legalmente por **Dra. Lupe Salazar Zurita** con cédula de identidad
personal No. 8-406-1001 a realizar el cargo correspondiente _____

Pago _____

INFORMACION NECESARIA

Nombre del tarjetahabiente _____

Número de tarjeta _____

Fecha de vencimiento _____

Firma _____

Asociación Odontológica Panameña

Edificio Banco Aliado Piso 12 Campo Alegre – Telefono: 269-1603/263-2060 Fax: 269-3749 –
Apdo. Postal 6777 Zona 5, Panamá – Email: aop@aopan.org ó congreso@aopan.org