



# SOCIEDAD ARGENTINA DE TRASPLANTES

25 AÑOS Promoviendo ciencia, asistencia y ética al servicio del trasplante

Estimado Socio:

La Sociedad Argentina de Trasplante comunica a Usted que la cuota societaria podrá ser pagada con **TARJETA CRÉDITO** VISA, MASTERCARD o AMERICAN EXPRESS descontándose por mes el valor de la cuota societaria correspondiente a su categoría de socio.

A LA COMISION DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TRASPLANTES:

De mi consideración:

El que suscribe .....

En mi carácter de titular de la **tarjeta crédito** VISA / MASTERCAR / AMERICAN EXPRESS  
Número.....

Autorizo a que el pago correspondiente a las cuotas mensuales de la Sociedad Argentina de Trasplantes sean debitadas en forma directa y automática en el resumen de cuenta de mi tarjeta citada precedentemente. Asimismo faculto a la Sociedad Argentina de Trasplantes a presentar esta autorización en VISA S.A. / ARGENCARD S.A. / AMERICAN EXPRESS a efectos de cumplimentar la misma.

Saludos a Ud. atte.

.....

Firma

Aclaración de firma: .....

Tipo / N° de documento de identidad: .....

Vencimiento de la tarjeta: .....

Secretaría: Maipú 631 Piso 4º "H"  
1006CABA Buenos Aires, Argentina  
Tel./Fax: (54-11) 4322-3113  
E-mail: [info@sat.org.ar](mailto:info@sat.org.ar)  
[www.sat.org.ar](http://www.sat.org.ar)