



Pago con tarjeta de crédito

APELLIDO Y NOMBRE:.....

Socio/a Nº.....

DATOS DE LA TARJETA DE CRÉDITO

VISA		CABAL	
VISA INTERNACIONAL			
MASTERCARD			

Nº de Tarjeta.....VTO.

Apellido:..... Nombre.....

DNI:.....

Teléfono:.....