

XX Congreso Latinoamericano de Optometría y Óptica

Formulario de Pago de Inscripción

Imprima este Formulario y llénelo con sus datos. Elija una alternativa de pago y una vez efectuada la cancelación envíe este documento por fax al Colegio de Óptico y Optómetras de Chile (Número de fax: 56-2-7843781). También puede ser escaneado y enviado a info@colegiodeopticos.cl

I.- Datos del Inscrito que Paga

Nombre							
Apellido							
Empresa							
País							
Teléfono							
Fax							
E-Mail							
Idioma	Español			Inglés			Portugués

II.- Valores de Inscripción

Categoría del Inscrito	Valor hasta el 30 de Septiembre		Valor después del 30 de Septiembre	
	Participantes Chilenos (pago en \$)	Participantes Extranjeros. (pago en US\$)	Participantes Chilenos (pago en \$)	Participantes Extranjeros (pago en US\$)
Colegiado	60.000	120	90.000	180
No Colegiado	75.000	150	105.000	210
Estudiante	40.000	80	60.000	120
Acompañante	20.000	40	30.000	60

III.- Detalle del Pago

Valor Total a Pagar	Cantidad	Valor Cancelado	Si desea cancelar el valor de varias personas, lo puede hacer en un solo pago, teniendo la precaución de enviar por cada persona un formulario de inscripción, indicando en cada uno de ellos el Detalle del Pago Único.
Colegiado			
No Colegiado			
Estudiante			
Acompañante			
Totales			

IV.- Alternativas de Pago Asistentes Chilenos

IV.1.- **Deposito Bancario:** Efectuar depósito bancario a Visión 20/20 S.A, Cta Cte N° 16908950-09, del Banco de Chile. (Visión 20/20 S.A. es una empresa de propiedad del Colegio de Ópticos y Optómetras de Chile A.G), Se debe enviar por Fax , junto a este Formulario de Pago de Inscripción, el comprobante del depósito. Como alternativa se puede escanear el comprobante del depósito y enviarlo al mail a info@colegiodeopticos.cl

IV.2. **Transferencia Bancaria :** La transferencia debe hacerse a Visión 20/20 S.A., Rut 76.633.770-8, Cta Cte N° 16908950-09, Banco de Chile, con aviso al mail: info@colegiodeopticos.cl

IV.3.- **Pago con 3 Cheques:** enviar a la dirección del Colegio de Ópticos 3 cheques nominativos y cruzados a nombre de Visión 20/20 S.A. La fecha de estos cheques debe ser 15 de Agosto, 15 de Septiembre y 15 de Octubre de 2010. El envío debe ser por Correo Certificado a San Antonio 19, Oficina 2005, Santiago

IV.4.- Pago con Tarjeta de Crédito

Visa Mastercard American Express Dinners

Numero de Tarjeta

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre del Titular de la Tarjeta (escribalo tal como aparece en ella)

--

Fecha de Expiración de la Tarjeta

Mes	Año
-----	-----

--	--

Autorización de Cargo de la Tarjeta de Crédito

Yo, _____, Rut _____,
autorizo a la empresa Visión 20/20 S.A. a efectuar un cargo a mi tarjeta de crédito de \$ _____, valor con el que pago mi inscripción para asistir al XX Congreso Latinoamericano de Optometría y Óptica que se efectuará en Viña del Mar, el 21, 22 y 23 de Octubre de 2010. También acepto las políticas de cancelación y penalidades que se describen en este formulario.

Fecha

Firma

V.- Alternativas de Pago Asistentes Extranjeros

V.1.- **Deposito Bancario** : Efectuar depósito bancario en USD\$ a la Cta Cte del Colegio de Ópticos y Optómetras de Chile A.G. , N° 5-16908950-07, del Banco de Chile. El código SWIFT para este depósito es BCHCLRM y la dirección de envío es Ahumada 251, Santiago, Chile. Se debe enviar por Fax, junto a este Formulario de Pago de Inscripción, el comprobante del depósito. Los gastos de la transferencia son del asistente. Como alternativa se puede escanear el comprobante del depósito y enviarlo al mail a info@colegiodeopticos.cl

V.2.- Pago con Tarjeta de Crédito

Visa Mastercard American Express Diners

Numero de Tarjeta

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre del Titular de la Tarjeta (escribalo tal como aparece en ella)

--

Fecha de Expiración de la Tarjeta	
Mes	Año

Autorización de Cargo de la Tarjeta de Crédito

Yo, _____, Pasaporte N° _____,
autorizo al Colegio de Ópticos y Optómetras de Chile A.G. a efectuar un cargo a mi tarjeta de crédito por USD\$ _____, valor con el que pago mi inscripción para asistir al XX Congreso Latinoamericano de Optometría y Óptica que se efectuará en Viña del Mar, el 21, 22 y 23 de Octubre de 2010. También acepto las políticas de cancelación y penalidades que se describen en este formulario.

Fecha

Firma

VI.- Cancelaciones y Políticas de Penalidad

Las cancelaciones recibidas por escrito (mail o fax) antes del 6 de Octubre originarán un reembolso del total del dinero pagado menos USD \$ 50 o \$ 25.000 de gastos administrativos. Después del 6 de Octubre no se devolverá ningún dinero abonado por concepto de inscripción. Solo se aceptarán solicitudes de cambio de nombre del inscrito