



RADIOLOGÍA SIN FRONTERAS

CADI 2025

CONGRESO ARGENTINO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

Junto a **JPR 2025** 

FORMULARIO DE CANCELACIÓN

Fecha, Ciudad / / .

Información de contacto

Nombre _____
Apellido _____
País _____
E-mail _____
Celular _____

Motivo de la Cancelación

FORMA DE PAGO

TARJEA DE CRÉDITO	PAYPAL
Número	Número de tarjeta asociada
Nombre que figura en la tarjeta	Usuario PayPal
Monto abonado \$	Monto abonado USD
Fecha en que realizó pago / /	Fecha en que realizó pago / /

