

**Formulario de autorización de pago mediante tarjeta  
de crédito/débito a SEORLCCC**

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ provisto de DNI/NIE  
número \_\_\_\_\_ autorizo a cargar la cantidad de 50€  
euros a la tarjeta de crédito que se detalla a continuación, en  
concepto de **Inscripción a la II Edición de ABC de la Apnea  
Obstructiva Del Sueño para ORL.**

**DATOS DE LA TARJETA DE CRÉDITO  
(NO SE ADMITE AMERICAN EXPRESS)**

Número de la Tarjeta \_\_\_\_\_

Fecha de caducidad \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la tarjeta  
\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado o provincia \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

País \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Firma del titular