



TITULO DE LA PELICULA

- dd/mm/aaaa de la entrada
- Nombre y direccion del Complejo

 Formato: Censura:
 Idioma: Duracion:
 Genero:

10:00 Min.
 Tiempo Restante
 Por favor, completá el proceso de pago antes de que termine el tiempo.

DATOS DE LA COMPRA
 Fecha y Hora de la Función: DD/MM/AAAA
 Hora: XX:XX
 Película: XXXXXXXX.
 Complejo: XXXX
 Sala: Sala X.
 Ubicacion(es):
 XX \$XXX,XX
 XX \$XXX,XX
 Importe Total: \$XXX,XX
 CONTINUAR

DATOS: Inicia seccion para completar tus datos automaticamente
 Nombre:
 Apellido:
 DNI:
 Email:
 Confirmar Email:
 Celular:
 ☐ Al hacer click estoy de acuerdo con los Términos y Políticas.
 ☐ Declaro no haber tenido sintomas durante las últimas 24hs ni haber tenido un contacto estrecho con un caso confirmado de Covid19. link a DDJJ Covid19, o info.
 ☐ Deseo recibir novedades y promociones en mi cuenta de correo.

Mapa con la ubicacion del complejo

- Nombre y direccion del Complejo

OPCIONAL: Selecciona tu asiento

SELECCIONA TU ASIENTO
 PANTALLA
 [Grid of 12 seat placeholders arranged in 4 rows and 3 columns]