SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA



Por un niño sano

en un mundo mejor

 Dirección de Congresos y Eventos

 **Semana de Congresos y Jornadas Nacionales 2017**

 **24, 25, 26, 27 y 28 de abril de 2017**

**Sede**: Panamericano Buenos Aires Hotel & Resort – Carlos Pellegrini 551 – Ciudad de Buenos Aires

**2º Jornadas Nacionales de Radiología Pediátrica**

**28 de abril de 2017**

#### FICHA DE INSCRIPCIÓN

**Apellido y Nombre**: ..............................................................................................................................................................................................................

Tipo de documento (marcar el que corresponda): DNI - LE - LC -PASAPORTE Nº..................................................................................................................

Fecha de nacimiento .............. / ............... / ................... Fecha de graduación ................... /...................... / ..........................

Profesión: ................................................................................. Especialidad: .....................................................................................

 Otra especialidad: .............................................................................

SOCIO SAP SI ❒ NO ❒

## **DOMICILIO PARTICULAR**

Calle: ............................................................................................................................................ Nº: ........................ Piso: ................. Dpto.: ......................

Localidad: .......................................................................... Provincia: ........................................................ CP: ..................... País: .....................................

Tel.: ..................................................... Fax: ............................................................. E- mail: .....……………….......................................................................

## **CATEGORÍA**  Marcar con una cruz (X) la que le corresponda

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Médicos y otros Profesionales  | $ 1.000 |  |
| Médicos -Socios SAP Honorarios Nacionales y Vitalicios | Sin cargo |  |
| Médicos en formación - Socios SAP (\*) | Sin cargo |  |
| Técnicos en Radiología  | $ 500 |  |
| Socios de las Sociedades Pediátricas del Cono Sur (\*\*) (deberán presentar certificado que los acredite) | $ 1.000 |  |

##### NOTA: Para abonar arancel de socio deberá tener su cuota al día

##### \* CONSULTE POR LOS BENEFICIOS PARA MÉDICOS EN FORMACIÓN EN NUESTRA PÁGINA WEB

##### \*\* Chile, Bolivia, Paraguay, Brasil, Uruguay

## **FORMA DE PAGO**

## ❒ **EFECTIVO**

## ❒ **CHEQUE** Adjunto cheque Nº............................................................... Banco.................................................................................................

## Cheque a la orden de SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA (No a la orden)

## ❒ **TARJETA DE CRÉDITO**

## **Autorización Débito Automático:** Autorizo que se efectúe el débito automático a mi nombre, en la tarjeta:

 ❒ VISA ❒ ARGEN/MASTERCARD ❒ DINERS ❒ AMERICAN EXPRESS

Debe consignar el número completo de su tarjeta VISA y MASTERCARD tienen 16 dígitos, AMERICAN EXPRESS 15 dígitos y DINERS 14 dígitos

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nº |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  Vto. ........ / ................. Cantidad de cuotas: ❒ 1 ❒ 2 ❒ 3 |

Por la suma de $........................ (pesos.............................................................................................................................................................)
 (en números) (en letras)

**FECHA............................... FIRMA.......................................................... ACLARACIÓN...........................................................................................**