

ADOLESCENCIA

TEMAS DE ACTUALIZACIÓN

FICHA DE INSCRIPCIÓN

Sociedad Argentina
de Pediatría
Secretaría de Educación Continua



Por un niño sano
en un mundo mejor

INSCRIPCIÓN ABIERTA DESDE EL 01/05/2016 AL 31/07/2016

IMPORTANTE: El envío de la ficha de inscripción y la solicitud telefónica de envío del cupón de Pago Fácil, Bapro Pago, Pago mis Cuentas o Link Pagos, genera un **compromiso** de pago. De no realizarlo, Ud. originará una deuda con la SAP. Si decide suspender el Curso debe **solicitar la baja correspondiente por escrito** para no acumular una deuda.

DATOS PERSONALES: completar con letra IMPRENTA.

COMPLETE TODOS LOS CAMPOS. La falta de alguno de ellos impedirá procesar su solicitud

Apellido:				
Nombre:				
N° de documento:				
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			Fecha de Nac.: ___/___/___	
Socio SAP: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Residente: <input type="checkbox"/> Filial:		
Domicilio (donde desea recibir los módulos): Calle:				
N°	Piso:	Dto.:	Localidad:	Código Postal:
Provincia:				
Teléfono celular:			Teléfono particular:	
E-mail (letra clara):				

PERFIL PROFESIONAL (Leer las instrucciones de llenado) Debe completar todas las preguntas. No dejar items sin llenar. Si la respuesta es negativa, indíquelo. Rogamos completar, sin obviar ningún dato. NO completar en caso que ya lo haya hecho para la inscripción a PRONAP 2016.

Año de egreso de la Facultad

--	--	--	--

¿Está en actividad?

Si No

¿Tiene residencia en clínica pediátrica?

Completa

Incompleta

No

Otra residencia

Si No

Concurrencia

Completa

Incompleta

No

¿Tiene certificación de médico pediatra?

Si No

¿Otorgado por SAP?

Si No

¿Otorgada por otra institución?

Si No

Atiende pacientes pediátricos en el sector

Público Si No

Privado Si No

¿Tiene alguna subespecialidad pediátrica?

Si No

Atiende pacientes pediátricos en:

Consultorio Si No

Guardia Si No

Internación Si No

Neonatología y/o recepción de RN Si No

Otras tareas

Docencia Si No

Investigación Si No

Adm. de servicios y/o instituciones Si No

¿Tiene posibilidades de consultar y/o discutir sus pacientes con otros pediatras?

Si No

Conexión a Internet

Buena

Regular

Mala

No tiene

**SI DESEA ENVIAR ESTA FICHA, HÁGALO POR CORREO CERTIFICADO.
CONSERVE EL TALÓN PARA MAYOR CONTROL**

CATEGORÍA DE INSCRIPCIÓN - ARANCELES

• MARQUE CLARAMENTE LA OPCIÓN ELEGIDA.

- Para abonar arancel de SOCIO deberá tener la cuota SAP al día. Si Ud. es socio Honorario o Vitalicio la inscripción es GRATUITA. Beneficio Médico en formación acreditado gozarán del beneficio automáticamente.

SOCIO SAP	MÓDULO IMPRESO	PDF ONLINE
Inscriptos PRONAP 2015/2016	<input type="checkbox"/> \$ 1.500	<input type="checkbox"/> \$ 1.200
NO Inscriptos PRONAP 2015/2016	<input type="checkbox"/> \$ 1.900	<input type="checkbox"/> \$ 1.500
NO SOCIO SAP	MÓDULO IMPRESO	PDF ON LINE
Inscriptos PRONAP 2015/2016	<input type="checkbox"/> \$ 4.700	<input type="checkbox"/> \$ 3.500
NO Inscriptos PRONAP 2015/2016	<input type="checkbox"/> \$ 5.900	<input type="checkbox"/> \$ 4.400
Seleccione cantidad de cuotas sin interés:	1 pago <input type="checkbox"/>	2 cuotas <input type="checkbox"/> 3 cuotas <input type="checkbox"/>

 VITALICIOS / HONORARIOS (PAPEL + WEB) VITALICIOS/HONORARIOS (WEB)**FORMAS DE PAGO**

- **1 Pago:** Efectivo, Tarjeta de Débito y Crédito, Pago Fácil/BaPro Pagos, Pago mis cuentas/Link pagos, Pago directo por débito en cuenta.
- **2 y 3 cuotas sin interés:** Tarjetas de crédito, Pago mis cuentas/Link pagos, Pago directo por débito en cuenta.

ELECTRÓNICA/TELEFÓNICA

TARJETAS DE CRÉDITO - PAGO FÁCIL/BAPRO PAGOS - PAGO MIS CUENTAS/LINK PAGOS

Es un medio seguro, Ud. ahorra el envío de esta ficha por correo y además es ecológico.

MANUAL (envía ficha por correo postal) **Mastercard** **American Express** **Diners** **Visa**

Debe consignar el número completo de su tarjeta y fecha de vencimiento.

VISA y MASTERCARD tienen 16 dígitos. AMERICAN EXPRESS tiene 15 dígitos. DINERS tiene 14 dígitos.

N° Fecha vencimiento tarjeta Autorizo a la **SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA** a debitar en mi tarjeta de crédito el pago del Curso ATA Adolescencia. Temas de Actualización.

Firma del titular de la tarjeta

Aclaración

 PAGO FÁCIL (Recibirá vía mail la factura para realizar el pago) **BAPRO PAGOS** (Exclusivo en Provincia de Buenos Aires) (Recibirá vía mail la factura para realizar el pago) **PAGO MIS CUENTAS / HOME BANKING / LINK PAGOS** (Recibirá por mail su código de pago electrónico. Ingresando a www.pagomiscuentas.com y www.linkpago.com.ar debe seleccionar "Clubes y Asociaciones", "SAP - PEDIATRÍA") **SISTEMA DE PAGO DIRECTO POR DÉBITO EN SU CAJA DE AHORRO O CUENTA CORRIENTE**

(Complete su CBU en la presente ficha y los datos que figuran más abajo. Fecha de débito: 1er día hábil de cada mes)

Número de Clave Bancaria Unificada N°

En mi carácter de titular de la cuenta de depósito correspondiente al CBU indicado precedentemente, autorizo a la Sociedad Argentina de Pediatría y al Banco..... (banco donde tiene su cuenta bancaria) a efectuar los débitos detallados de mi cuenta C.A. / C.C. , N°....., los importes de las cuotas o facturas correspondientes a los pagos solicitados, en las fechas de vencimiento.

Firma titular

Aclaración

Tipo y N° de documento