

14º Encuentro Nacional de Investigación Pediátrica

6 y 7 de julio de 2012

Sede:

Alkazar Hotel – Laprida 82 este – Ciudad de San Juan – Provincia de San Juan

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 Socios SAP	\$ 150	
Médicos No Socios SAP	\$ 300	
Otros profesionales	\$ 150	

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

Socios de las Sociedades Pediátricas del Cono Sur (Chile, Bolivia, Paraguay, Brasil y Uruguay)

Valores iguales a Socios SAP (deberán presentar certificado que los acredite)

FORMA DE PAGO

EFFECTIVO

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.....