



# 6° Congreso Argentino de Neumonología Pediátrica

## Jornada de Enfermería en Enfermedades Respiratorias Pediátricas

## Jornadas de Kinesiología Respiratoria

21, 22, 23 y 24 de Noviembre de 2012

Sede: Sheraton Buenos Aires Hotel & Convention Center – (San Martín 1225 – Ciudad de Buenos Aires)

### FICHA DE INSCRIPCIÓN

APELLIDO Y NOMBRE: .....

Tipo de documento (marcar el que corresponda): DNI - LE - LC -PASAPORTE N° .....

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

Profesión: ..... Especialidad: .....

Otra especialidad: .....

SOCIO SAP SI  NO

#### DOMICILIO PARTICULAR

Calle: ..... N°: ..... Piso: ..... Dpto.: .....

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

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

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

Médicos Socios SAP con menos de 5 años de recibidos	\$ 500	
Médicos Socios SAP con más de 5 años de recibidos	\$ 600	
Médicos Socios SAP Honorarios Nacionales y Vitalicios	Sin cargo	
Médicos en formación Socios SAP (*)	Sin cargo	
Médicos No Socios con menos de 5 años de recibidos	\$ 1.000	
Médicos No Socios con más de 5 años de recibidos	\$ 1.200	
Otros profesionales Socios SAP	\$ 400	
Otros profesionales No Socios	\$ 500	
Enfermeros y Técnicos	\$ 250	

**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)

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

#### FORMA DE PAGO

**EFFECTIVO**

**CHEQUE** Adjunto cheque N° ..... 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

N° | | | | | | | | | | | | | | | | | | Vto. .... / ..... Cantidad de cuotas:  1  2  3

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

FECHA..... FIRMA..... ACLARACIÓN.....