



3º Jornadas Nacionales de Auxología

26 y 27 de Octubre de 2012

Sede: Centro de Docencia Y Capacitación Pediátrica "Dr. Carlos A. Gianantonio" (Jerónimo Salguero 1244 – 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	\$ 150	
Médicos Socios SAP con más de 5 años de recibidos	\$ 250	
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	\$ 300	
Médicos No Socios con más de 5 años de recibidos	\$ 500	
Otros profesionales Socios SAP	\$ 150	
Otros profesionales No Socios	\$ 300	
Enfermeros y Técnicos	\$ 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)

(*) 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.....