

## SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA

Dirección de Congresos y Eventos Comité Nacional de Pediatría Social Subcomisión de Lactancia Materna



## 12º Congreso Argentino de Pediatría Social 7º Congreso Argentino de Lactancia Materna

6, 7 y 8 de septiembre de 2012

Sedes: Complejo de Cines de Cinemacenter Corrientes - Centro Comercial Carrefour y Hogar Escuela "Juan Domingo Perón"

Ciudad de Corrientes

Ciudad de Corrientes			
FICHA DE INSCRIPCIÓN			
APELLIDO Y NOMBRE:			
Tipo de documento (marcar el que corresponda): DNI - LE - LC -PASAPORTE Nº			
Fecha de nacimiento			
Profesión:		Especialidad:	
		•	
SU MAY	YOR INTERÉS ESTÁ RELACIONADO CON:   Pediatrí	•	Lactancia Materna
DOMICILIO PARTICULAR			
	150 17 IN 1100 2 III	No.	Piso: Doto :
	d:Provincia:		·
Tel.: E- mail:			
CATEG	Marcar con una cruz (X) la que le corresponda		
	Médicos Socios SAP con menos de 5 años de recibidos		\$ 300
	Médicos Socios SAP con más de 5 años de recibidos		\$ 400
	Médicos Socios SAP Honorarios Nacionales y Vitalicios		Sin cargo
Médicos en formación Socios SAP (*)  Médicos No socios SAP con menos de 5 años de recibidos			Sin cargo
Médicos No socios SAP con menos de 5 años de recibidos  Médicos No socios SAP con más de 5 años de recibidos			\$ 400 \$ 500
Otros profesionales no médicos			\$ 300
Docentes de educación primaria y secundaria			\$ 150
Enfermeros			\$ 150
Agentes de salud			\$ 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			
<del>_</del>			
<u> </u>			
☐ CH	HEQUE Adjunto cheque N°		
_	Cheque a la orden de SOCIEDA	D ARGENTINA DE PEDIATRIA	(No a la orden)
☐ <u>TARJETA DE CRÉDITO</u>			
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			Cantidad de cuotas: 🗆 1 🗖 2 🗖 3
Por la suma de \$(pesos) (en números) (en letras)			)

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