

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA

Dirección de Congresos y Eventos
Comité Nacional de Gastroenterología
Comité Nacional de Hepatología
Comité Nacional de Nutrición



Por un niño sano
en un mundo mejor

5° Congreso Argentino de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas

13, 14, 15 y 16 de Agosto de 2014

Sedes: Centro de Docencia y Capacitación Pediátrica "Dr. Carlos A. Gianantonio" y Palais Rouge Eventos y Convenciones
Ciudad de Buenos Aires

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

| | Hasta el 30 de Junio | Desde el 1 de Julio | |
|--|-------------------------|------------------------|--|
| Médicos Socios SAP con menos de 5 años de recibidos | \$ 600 | \$ 700 | |
| Médicos Socios SAP con más de 5 años de recibidos | \$ 700 | \$ 900 | |
| Médicos Socios SAP Honorarios Nacionales y Vitalicios | Sin cargo | Sin cargo | |
| Médicos Socios SAP en formación (*) | Sin cargo | Sin cargo | |
| Médicos No socios SAP con menos de 5 años de recibidos | \$ 1200 | \$ 1400 | |
| Médicos No socios SAP con más de 5 años de recibidos | \$ 1400 | \$ 1800 | |
| Otros profesionales Socios SAP | \$ 500 | \$ 600 | |
| Otros profesionales No Socios SAP | \$ 600 | \$ 800 | |
| Enfermeros y técnicos | \$ 250 | \$ 350 | |

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)
abonan 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 Nº..... Banco.....

Cheque a la orden de SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA (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.....