

# Jornadas Nacionales de Radiología Pediátrica 2014

8 y 9 de agosto de 2014  
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	\$ 300
Médicos Socios SAP Honorarios Nacionales y Vitalicios	Sin cargo
Médicos Socios SAP en formación	Sin cargo
Médicos No socios SAP	\$ 600
Técnicos y otros profesionales	\$ 400

**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 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 \$..... (en números) (pesos..... (en letras))

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