



# 37° Congreso Argentino de Pediatría

29 y 30 de septiembre-1° y 2 de octubre de 2015

Sedes: Hotel Intercontinental Mendoza (Blvd. Pérez Cuesta, esquina Acceso Este) y  
Village Cines (Av. Acceso Este 3280, Mendoza Plaza Shopping) -Ciudad de Mendoza- Provincia de Mendoza

## 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	\$ 1100	
Médicos -Socios SAP con más de 5 años de recibidos	\$ 1500	
Médicos -Socios SAP Honorarios Nacionales y Vitalicios	Sin cargo	
Médicos en formación - Socios SAP (*)	Sin cargo	
Médicos -No socios SAP con menos de 5 años de recibidos	\$ 2200	
Médicos -No socios SAP con más de 5 años de recibidos	\$ 3000	
Enfermeros y técnicos – Socios SAP	\$400	
Enfermeros y técnicos – NO Socios SAP	\$600	
Otros profesionales– Socios SAP	\$700	
Otros profesionales– NO Socios SAP	\$1000	
Socios de las Sociedades Pediátricas del Cono Sur (**) con menos de 5 años de recibidos (deberán presentar certificado que los acredite)	\$ 1100	
Socios de las Sociedades Pediátricas del Cono Sur (**) con más de 5 años de recibidos (deberán presentar certificado que los acredite)	\$ 1500	

NOTA: Para abonar arancel de socio deberá tener su cuota al día

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

\*\* Chile, Bolivia, Paraguay, Brasil, Uruguay

### FORMA DE PAGO

**EFFECTIVO**

**CHEQUE** Adjunto cheque N° ..... 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

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

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

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