



9° Congreso Argentino de Salud Integral del Adolescente 5° Jornadas de Salud y Educación

24, 25 y 26 de agosto de 2016

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

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

Médicos y otros Profesionales – Socios SAP	\$ 1.400	
Médicos y otros Profesionales – NO Socios SAP	\$ 2.800	
Médicos -Socios SAP Honorarios Nacionales y Vitalicios	Sin cargo	
Médicos en formación - Socios SAP (*)	Sin cargo	
Enfermeros y técnicos – Socios SAP	\$ 500	
Enfermeros, técnicos y docentes – NO Socios SAP	\$ 800	
Socios de las Sociedades Pediátricas del Cono Sur (**) (deberán presentar certificado que los acredite)	\$ 1.400	

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 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.....