

NO SOCIOS SAP	Impreso correo postal	pdf vía Web
Médicos inscriptos PRONAP 2008-2009	1 pago de \$ 300 <input type="checkbox"/>	1 pago de \$ 200 <input type="checkbox"/>
	2 pagos de \$ 150 <input type="checkbox"/>	2 pagos de \$ 100 <input type="checkbox"/>
	3 pagos de \$ 110 <input type="checkbox"/>	3 pagos de \$ 70 <input type="checkbox"/>
Médicos no inscriptos PRONAP 2008-2009	1 pago de \$ 400 <input type="checkbox"/>	1 pago de \$ 280 <input type="checkbox"/>
	2 pagos de \$ 200 <input type="checkbox"/>	2 pagos de \$ 140 <input type="checkbox"/>
	3 pagos de \$ 140 <input type="checkbox"/>	3 pagos de \$ 100 <input type="checkbox"/>
Enfermero profesional	1 pago de \$ 180 <input type="checkbox"/>	1 pagos de \$ 120 <input type="checkbox"/>
	2 pagos de \$ 90 <input type="checkbox"/>	2 pagos de \$ 60 <input type="checkbox"/>
	3 pagos de \$ 64 <input type="checkbox"/>	3 pagos de \$ 44 <input type="checkbox"/>
Inscriptos exterior*	U\$S 200 <input type="checkbox"/>	U\$S 130 <input type="checkbox"/>

Inscriptos del exterior: pago con cheque en dólares o tarjeta de crédito (inscripción por Internet)
BECAS para grupos docentes de Escuelas de Enfermería (5 inscripciones, pagan 4)

SELECCIONE LA FORMA DE PAGO:

EFFECTIVO (Exclusivamente en Entidad Matriz o Filiales de SAP. No envíe dinero por Correo).

CHEQUE N° _____ Banco _____
(a nombre de SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA - NO A LA ORDEN)

GIRO POSTAL N° _____ Fecha: ___/___/___
(Exclusivamente giros postales, NO telegráficos. Rogamos enviar el giro adjunto a esta ficha, NO en un sobre suelto)

TARJETA DE CREDITO

Mastercard Visa American Express Diners

Debe consignar el número completo de su tarjeta y fecha de vencimiento.

VISA y MASTERCARD tienen 16 dígitos. AMERICAN EXPRESS tiene 15 dígitos. DINERS tiene 14 dígitos.

N° _____ Fecha venc. tarjeta ____/____

Autorizo a la Sociedad Argentina de Pediatría a debitar en mi tarjeta de crédito el pago del Curso TIPs Módulo 1 y 2 - 2ª Cohorte

Firma del titular de la tarjeta

Aclaración

SISTEMA DE PAGO DIRECTO POR DEBITO EN SU CAJA DE AHORRO O CUENTA CORRIENTE.

(Complete su CBU en la presente ficha y los datos que figuran más abajo y remítalos a la SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA - Entidad Matriz). Fecha de débitos: 1º día hábil de cada mes.

Número de Clave Bancaria Unificada N° _____

En mi carácter de titular de la cuenta de depósito correspondiente al CBU indicado precedentemente, autorizo a la Sociedad Argentina de Pediatría y al Banco receptor _____ (banco donde tiene su cuenta bancaria) a efectuar los débitos detallados de mi cuenta Tipo _____, N° _____, los importes de las cuotas o facturas correspondientes a los pagos solicitados, en las fechas de vencimiento correspondientes.

Firma titular

Aclaración

Tipo y N° de documento

Condiciones legales de Sistema de Pago Directo en: www.sap.org.ar

BAPRO PAGOS* (Exclusivo en Pcia. de Buenos Aires)

PAGO FACIL* (Amplia cobertura Nacional con más de 2.600 centros de pagos)

*A vuelta de correo recibirá la factura para realizar el pago por alguno de estos dos medios, en 1, 2 ó 3 cuotas según su elección.

Envíe esta ficha por correo certificado. Conserve el talón.

FICHA DE INSCRIPCIÓN

desde el 01/12/2008 al 30/04/2009

IMPORTANTE: Completar con letra clara (IMPRENTA). No olvide completar todos los datos requeridos. La falta de alguno de ellos impedirá procesar su solicitud.

DATOS PERSONALES

Apellido: _____

Nombre: _____

Tipo y Nº de Documento: DNI / LC / LE Nº _____ Sexo: F M Fecha de Nac.: ___/___/___

Socio SAP: Sí No Nº Socio _____ Entidad Matriz Filial: _____

Domicilio (donde desea recibir los módulos): _____

Nº _____ Piso: ___ Dto.: ___ Localidad: _____ Código Postal: _____

Provincia: _____ Tel. particular: _____

Tel. celular o móvil: _____ E-mail (letra clara): _____

PERFIL PROFESIONAL (Leer las instrucciones de llenado)

- Debe completar todas las preguntas.
- No dejar items sin llenar.
- Si la respuesta es negativa, indíquelo.
- Si está inscripto al Curso PRONAP 2009 no es necesario llenar el perfil.

Profesional médico pediatra Enfermera profesional Otras carreras ¿Cuál? _____

Año de egreso de la Facultad

--	--	--	--

Atiende pacientes pediátricos en el sector

Público Si No

Privado Si No

Tiene PC

Si No

¿Está en actividad?

Si No

¿Tiene alguna subespecialidad pediátrica?

Si No

Usa internet periódicamente

Si No

CATEGORÍA DE INSCRIPCIÓN-ARANCELES

(Si Ud. desea abonar en cuotas las opciones son con Tarjeta de crédito, Sistema de pago directo, Bapro pagos y Pago Fácil). Puede abonar con tarjeta de crédito por internet en: www.sap.org.ar solapa Educación, opción TIPs con Visa o Mastercard en forma segura con Pago Universal (HSBC) y a través de Pago mis Cuentas en www.pagomiscuentas.com.

Marque claramente la opción elegida. Para abonar arancel de socio deberá tener su cuota al día.

SOCIOS SAP	impreso correo postal	Pdf vía Web
Médicos inscriptos PRONAP 2008-2009 o Enfermero/a socio SAP	1 pago de \$ 150 <input type="checkbox"/>	1 pago de \$ 100 <input type="checkbox"/>
	2 pagos de \$ 75 <input type="checkbox"/>	2 pagos de \$ 50 <input type="checkbox"/>
	3 pagos de \$ 55 <input type="checkbox"/>	3 pagos de \$ 34 <input type="checkbox"/>
Médicos no inscripto PRONAP 2008-2009	1 pago de \$ 200 <input type="checkbox"/>	1 pago de \$ 140 <input type="checkbox"/>
	2 pagos de \$ 100 <input type="checkbox"/>	2 pagos de \$ 70 <input type="checkbox"/>
	3 pagos de \$ 69 <input type="checkbox"/>	3 pagos de \$ 49 <input type="checkbox"/>