

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](http://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](http://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](http://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"/>