



FICHA DE INSCRIPCIÓN desde el 01/12/2010 al 30/04/2011

IMPORTANTE: El envío de la ficha de inscripción y solicitud de envío de Pago Fácil por teléfono genera un compromiso de pago. De no realizarlo, origina una deuda con la SAP.
Si Ud. decide suspender el curso debe solicitar por escrito la baja correspondiente lo antes posible y recibir constancia de recepción de su solicitud para no acumular deuda.

DATOS PERSONALES

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

Apellido:

Nombre:

Tipo y N° de Documento: DNI / LC / LE N°: Sexo: F M Fecha de Nac.: .../.../...

Socio SAP: Sí No Entidad Matriz Filial:

Domicilio (donde desea recibir los módulos):

N° Piso: Dto.: Localidad:

Código Postal: Provincia:

Tel. particular: (.....) Tel. celular o móvil: (.....)

E-mail (letra clara):

CATEGORÍA DE INSCRIPCIÓN - ARANCELES

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

Socio SAP Módulo papel	Socio SAP Módulo vía web	Socio SAP NUEVO COMBO papel + vía web [#]	No Socio Módulo papel	No Socio Módulo vía web	Inscriptos Exterior*
1 Pago \$ 450.- <input type="checkbox"/>	1 Pago \$ 340.- <input type="checkbox"/>	1 Pago \$ 600.- <input type="checkbox"/>	1 Pago \$ 1000.- <input type="checkbox"/>	1 Pago \$ 700.- <input type="checkbox"/>	Módulo papel: U\$S 375.- <input type="checkbox"/>
2 Cuotas de \$ 225.- <input type="checkbox"/>	2 Cuotas de \$ 170.- <input type="checkbox"/>	2 Cuotas de \$ 300.- <input type="checkbox"/>	2 Cuotas de \$ 500.- <input type="checkbox"/>	2 Cuotas de \$ 350.- <input type="checkbox"/>	Módulo vía web U\$S 340.- <input type="checkbox"/>
3 Cuotas de \$ 150.- <input type="checkbox"/>	3 Cuotas de \$ 113.- <input type="checkbox"/>	3 Cuotas de \$ 200.- <input type="checkbox"/>	3 Cuotas de \$ 333.- <input type="checkbox"/>	3 Cuotas de \$ 233.- <input type="checkbox"/>	* Mastercard o Visa a través de internet

[#]Incluye: 1 (un) Curso PRONAP módulo papel + acceso web

Formas de pago

Si Ud. desea abonar en cuotas las opciones son: Tarjeta de crédito, Sistema de pago directo, Bapro Pagos o Pago Fácil y Pago Mis Cuentas en www.pagomiscuentas.com. También puede inscribirse a través de internet con Mastercard o Visa en: www.sap.org.ar, solapa Educación, opción PRONAP de la lista.

EFFECTIVO (Exclusivamente en Entidad Matriz. No envíe dinero por Correo).

CHEQUE N° Banco (a nombre de SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA. NO A LA ORDEN)

TARJETA DE CRÉDITO

Mastercard American Express Diners Visa

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 vencimiento tarjeta ____/____

Autorizo a la **SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA** a debitar en mi tarjeta de crédito el pago del Curso PRONAP 2011

Firma del titular de la tarjeta

Aclaración

SISTEMA DE PAGO DIRECTO POR DÉBITO 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 PEDIATRÍA - 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 de Sistema de Pago Directo en: www.sap.org.ar

BAPRO PAGOS* (Exclusivo en provincia de Buenos Aires)

PAGO FÁCIL*

PAGO MIS CUENTAS*

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

PERFIL PROFESIONAL

(Leer las instrucciones de llenado) Debe completar todas las preguntas. No dejar ítems sin llenar. Si la respuesta es negativa, indíquelo. Rogamos completar, aún si ya llenó este cuestionario en años anteriores, sin obviar ningún dato.

Año de egreso de la Facultad

--	--	--	--	--

¿Está en actividad?

Sí No

¿Tiene residencia en clínica pediátrica?

Completa Incompleta No

Otra residencia:

Sí No

Concurrencia:

Completa Incompleta No

Tiene PC: Sí No

Usa internet periódicamente:

Sí No

¿Tiene certificación de médico pediatra?

Sí No

¿Otorgado por SAP?

Sí No

¿Otorgada por otra institución?

Sí No

¿Atiende pacientes pediátricos en el sector

Público: Sí No

Privado: Sí No

¿Tiene alguna subespecialidad pediátrica?

Sí No

Atiende pacientes pediátricos en:

Consultorio: Sí No

Guardia: Sí No

Internación: Sí No

Neonatología y/o

recepción de RN: Sí No

Lugar de trabajo:

Hospital Pediátrico: Sí No

Servicio de pediatría

en Hospital General: Sí No

Hospital General: Sí No

Centro de Salud: Sí No

Clínica y/o Sanatorio: Sí No

Maternidad o Materno Infantil: Sí No

Otras tareas:

Docencia: Sí No

Investigación: Sí No

Administración de

servicios y/o instituciones: Sí No

¿Tiene posibilidades de

consultar y/o discutir sus

pacientes con otros pediatras?: Sí No

¡¡Gracias por su tiempo!!

Firma

Recomendamos enviar esta ficha por correo certificado para un mayor control.
Conserve el talón.