



FICHA DE INSCRIPCIÓN desde el 01/12/2008 al 31/03/2009

☐ Mastercard

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

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 🗖 Entidad Matriz Nº Socio Filial: Domicilio (donde desea recibir los módulos): Ν° Piso: Localidad: Código Postal: Dto.: 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 ¿Es Usted socio de la SAP? Si O No O Los valores se mantendrán sin cambios hasta el 28/02/2009 Marque claramente la opción elegida Socio SAP No Socio Inscriptos Exterior* Módulo papel Módulo vía web Módulo papel Módulo vía web Módulo papel: U\$S 200.- □ \$ 300.-1 Cuotas de \$ 210.-1 Pago \$ 750.-1 Pago \$ 480.-1 Pago Módulo vía web U\$S 160.- □ 2 Cuotas de \$ 155.-2 Cuotas de \$ 110.-2 Cuotas de \$ 380.-□ 2 Cuotas de \$ 245.-* Mastercard o Visa a través de internet 3 Cuotas de \$110.-3 Cuotas de \$ 75.- 🗖 3 Cuotas de \$ 255.-3 Cuotas de \$165.-Si Ud. desea abonar en cuotas las opciones son con Tarjeta de crédito, Sistema de pago directo, Bapro pagos o Pago Fácil. También puede inscribirse a través de internet con Mastercard o Visa en: www.sap.orq.ar, solapa Educación, opción PRONAP de la lista y Pago Mis Cuentas en www.pagomiscuentas.com FORMAS DE PAGO: ☐ **EFECTIVO** (Exclusivamente en Entidad Matriz **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 □ Diners □ Visa

☐ American Express

VISA y MASTERCARD tienen 16 dígitos. AMER	PICAN EXPRESS tiene 15 dígitos. DINERS tiene	e 14 dígitos.	
No		_ Fecha venc. tarjeta _	1
		·	
	j	γ. σ	
Firma del titular de la tarjeta		Aclaración	
☐ SISTEMA DE PAGO DIRECTO POR DEBI (Complete su CBU en la presente ficha y lo Fecha de débitos: 1º día hábil de cada mes	s datos que figuran más abajo y remítalos a la S		DIATRíA - Entidad Matriz).
En mi carácter de titular de la cuenta de		o precedentemente, autorizo a su cuenta bancaria) a efectu	a la Sociedad Argentina de
Firma titular	Aclaración Condiciones de Sistema de Pago Directo	Tipo y Nº de documen en: www.sap.org.ar	to
☐ BAPRO PAGOS Exclusivo en Pcia. de	Ruenos Aires	☐ PAGO FACIL.	
	recibirá la factura para realizar el pago por este m		elección.
☐ PAGO MIS CUENTAS			
PERFIL PROFESIONAL (Leer las instruccio Debe completar todas las preguntas. Si la respuesta es negativa, indíquelo. Año de egreso de la Facultad	No dejar items sin		n años anteriores, sin obviar ningún date
And de egreso de la l'acultad	¿Tiene certificación de		
	médico pediatra?	Atiende pacientes pediátrio Consultorio	cos en: Si O No O
¿Está en actividad?	Si O No O	Guardia	Si O No O
Si O No O	¿Otorgado por SAP?	Internación Neonatología y/o recepción	Si O No O de RN Si O No O
¿Tiene residencia en clínica	Si O No O	Lugar de trabajo	
pediátrica?	¿Otorgada por otra	Hospital Pediátrico	Si O No O
Completa O Incompleta O	institución?	Servicio de pediatría en Hosp. General	Si O No O
No O	Si O No O	Hospital General	Si 🔿 No 🔿
Otra residencia	SI O INO O	Centro de Salud Clínica y/o Sanatorio	Si O No O Si O No O
Si O No O	Atiende pacientes pediátricos	Maternidad o Materno	
Concurrencia	en el sector	Infantil	Si O No O
Completa O	Público Si O No O	Otras tareas	
Incompleta O No O	Privado Si O No O	Docencia Investigación	Si O No O Si O No O
Tiene PC Si O No O		Adm. de servicios	
Usa internet	¿Tiene alguna	y/o instituciones	Si O No O
periódicamente Si O No O	subespecialidad pediátrica?		sultar y/o discutir sus pacientes con oti
	Si O No O	pediatras? Si O No O	
			Pi
			Firma