



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

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): _____

CATEGORÍA DE INSCRIPCIÓN-ARANCELES - Para abonar arancel de socio deberá tener su cuota al día

¿Es Usted socio de la SAP? Si No

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	
1 Pago \$ 300.- <input type="checkbox"/>	1 Cuotas de \$ 210.- <input type="checkbox"/>	1 Pago \$ 750.- <input type="checkbox"/>	1 Pago \$ 480.- <input type="checkbox"/>	Módulo papel: U\$S 200.- <input type="checkbox"/>
2 Cuotas de \$ 155.- <input type="checkbox"/>	2 Cuotas de \$ 110.- <input type="checkbox"/>	2 Cuotas de \$ 380.- <input type="checkbox"/>	2 Cuotas de \$ 245.- <input type="checkbox"/>	Módulo vía web U\$S 160.- <input type="checkbox"/>
3 Cuotas de \$ 110.- <input type="checkbox"/>	3 Cuotas de \$ 75.- <input type="checkbox"/>	3 Cuotas de \$ 255.- <input type="checkbox"/>	3 Cuotas de \$ 165.- <input type="checkbox"/>	* Mastercard o Visa a través de internet

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.org.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 Nº _____ Banco _____

(a nombre de SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA - NO A LA ORDEN)

GIRO POSTAL Nº _____ Fecha: ___/___/___

(Exclusivamente giros postales, NO telegráficos. Rogamos enviar el giro adjunto a esta ficha, NO en un sobre suelto)

TARJETA DE CREDITO

Mastercard American Express Diners Visa

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

