

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 PEDIATRÍA - Entidad Matriz). Fecha de débitos: 1° 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 Pcia. de Buenos Aires)

PAGO FACIL*

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 items 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?

Si No

¿Tiene residencia en clínica pediátrica?

Si No

Completa

Incompleta

Otra residencia

Si No

Concurrencia

Si No

Completa

Incompleta

Tiene PC ? Si No

Usa internet periódicamente

Si No

¿Tiene certificación de médico pediatra?

Si No

¿Otorgado por SAP?

Si No

¿Otorgada por otra institución?

Si No

Atiende pacientes pediátricos en el sector

Público Si No

Privado Si No

¿Tiene alguna subespecialidad pediátrica?

Si No

¿Cuál?

.....

.....

Atiende pacientes pediátricos en:

Consultorio Si No

Guardia Si No

Internación Si No

Neonatología y/o recepción de RN Si No

Lugar de trabajo

Hospital Pediátrico Si No

Servicio de pediatría en Hosp. General Si No

Hospital General Si No

Centro de Salud Si No

Clínica y/o Sanatorio Si No

Maternidad o Materno Infantil Si No

Otros Si No

Otras tareas

Docencia Si No

Investigación Si No

Adm. de servicios y/o instituciones Si No

¿Tiene posibilidades de consultar y/o discutir sus pacientes con otros pediatras? Si No

Gracias por su tiempo!

.....
Firma

Envíe esta ficha por correo certificado. Conserve el talón.

PRONAP

10