# sap

# SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA

**Consejo de Evaluación Profesional**

## CERTIFICACIÓN POR ANTECEDENTES DE ESPECIALISTAS PEDIÁTRICOS

**Socios SAP**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Apellido/s y nombre/s:** |  | | | | |
| **Fecha de nacimiento:** |  | | | | |
| **Documento; tipo y Nº:** |  | | | | |
| **Matrícula Nacional:** |  | **Matrícula Provincial y provincia emisora:** |  | | |
| **Especialidad que certifica:** |  | | | | |
| **Domicilio:** |  | | | | |
| **Localidad y provincia:** |  | | | **Código postal.** |  |
| **Teléfonos de contacto:** |  | | | | |
| **E-mail:** |  | | | | |

**IMPORTANTE!!!** Lea detenidamente el material relativo al instructivo antes de registrar su inscripción. La inscripción constituye un trámite administrativo no vinculante.

***ARANCEL DE INSCRIPCIÓN:* $ 1.350.-**

***OPCIONES DE PAGO PARA LA INSCRIPCIÓN:***

**O** **EFECTIVO** *(Exclusivamente en Entidad Matriz. NO envíe dinero por correo).*

**🔿** **TARJETA DE CREDITO (HASTA TRES CUOTAS)**

**O** Mastercard **O** American Express **O** Diners **O** 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.*

Nº \_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_! Fecha venc. Tarjeta: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Cuotas: \_\_\_\_\_\_\_

­Autorizo a la Sociedad Argentina de Pediatría a debitar en mi tarjeta de crédito el pago de la INSCRIPCIÓN a la CERTIFICACIÓN POR ANTECEDENTES.

O Autorización al cobro mediante débito bancario directo por transferencia automática para abonar la Facturas que emita la Sociedad Argentina de Pediatría CUIT Nº 30-54539388-5 para el cobro de la presente inscripción a través de mi cuenta del Banco: …………… ……………………………………………. , sucursal Nº: ………………………. , tipo de cuenta: …………………………….. , Nº de cuenta: …………………………. , sucursal Nº: ……………………. , tipo de cuenta: ……………….. , Nº de cuenta: ………………………………….. , CBU (Clave Bancaria Uniforme) Nº: \_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_

Firma del titular: Aclaración y fecha: