SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA
Consejo de Evaluación Profesional

Por un niño sano
en un mundo mejor

CERTIFICACIÓN INICIAL POR ANTECEDENTES EN INMUNOLOGÍA PEDIÁTRICA

Apellido/s y nombre/s:	
Fecha de nacimiento:	
Documento; tipo y Nº:	
Matrícula Nacional:	**Matrícula Provincial:** **(N° y provincia emisora)**
Domicilio:	
Localidad y provincia:	**Código postal:**
Teléfonos de contacto: **(Celular y/o fijo)**	
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: **Socio $ 1.750.-**

No Socio $ 4.550.-

OPCIONES DE PAGO PARA LA INSCRIPCIÓN:

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

O **TARJETA DE CRÉDITO**

O Mastercard O American Express O Diners O Visa

(Debe consignar el número completo de su tarjeta y fecha de vencimiento. Cuotas: 1, 2 o 3)
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 EN INMUNOLOGÍA PEDIÁTRICA.

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: ……. …….., CBU (Clave Bancaria Uniforme) Nº: __!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__