

19° Encuentro Nacional de Investigación Pediátrica

6, 7 y 8 de julio de 2017

Sede: Centro de Docencia y Capacitación Pediátrica "Dr. Carlos. A. Gianantonio"
Jerónimo Salguero 1244 – Ciudad de Buenos Aires

FICHA DE INSCRIPCIÓN

APELLIDO Y NOMBRE:

Tipo de documento (marcar el que corresponda): DNI - LE - LC -PASAPORTE N°.....

Fecha de nacimiento..... / / Fecha de graduación..... / /

Profesión: Especialidad:

Otra especialidad:

SOCIO SAP SI NO

DOMICILIO PARTICULAR

Calle: N°: Piso: Dpto.:

Localidad: Provincia: CP: País:

Tel.: Fax: E-mail:

CATEGORÍA Marcar con una cruz (X) la que le corresponda

| | | |
|--|-----------|--|
| Médicos – Socios SAP | Sin cargo | |
| Médicos – NO Socios SAP | \$ 800 | |
| Médicos -Socios SAP Honorarios Nacionales y Vitalicios | Sin cargo | |
| Médicos en formación - Socios SAP (*) | Sin cargo | |
| Otros profesionales– Socios SAP | Sin cargo | |
| Otros profesionales– NO Socios SAP | \$ 600 | |

NOTA: Para abonar arancel de socio deberá tener su cuota al día

*Consulte por los beneficios para médicos en formación en nuestra página web.

** Chile, Bolivia, Paraguay, Brasil, Uruguay

FORMA DE PAGO

EFFECTIVO

CHEQUE Adjunto cheque N°..... Banco.....

Cheque a la orden de SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA (No a la orden)

TARJETA DE CRÉDITO

Autorización Débito Automático: Autorizo que se efectúe el débito automático a mi nombre, en la tarjeta:

VISA ARGEN/MASTERCARD DINERS AMERICAN EXPRESS

Debe consignar el número completo de su tarjeta VISA y MASTERCARD tienen 16 dígitos, AMERICAN EXPRESS 15 dígitos y DINERS 14 dígitos

N°

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 Vto. / Cantidad de cuotas: 1 2 3

Por la suma de \$..... (pesos.....)
(en números) (en letras)

FECHA..... FIRMA..... ACLARACIÓN.....