



8º Congreso Argentino de Salud Integral del Adolescente
5º Jornadas de Salud y Educación
XXVI Reunión del Comité de Adolescencia de ALAPE
15, 16, 17 y 18 de mayo de 2013

Sedes:
 Centro de Docencia y Capacitación Pediátrica Dr. Carlos A. Gianantonio (Salguero 1244) y Palais Rouge Eventos y Convenciones (Salguero 1433)
 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 con menos de 5 años de recibidos	\$ 500	<input type="checkbox"/>
Médicos Socios SAP con más de 5 años de recibidos	\$ 600	<input type="checkbox"/>
Médicos Socios SAP Honorarios Nacionales y Vitalicios	Sin cargo	<input type="checkbox"/>
Médicos Socios SAP en formación (*)	Sin cargo	<input type="checkbox"/>
Médicos No socios SAP con menos de 5 años de recibidos	\$ 1.000	<input type="checkbox"/>
Médicos No socios SAP con más de 5 años de recibidos	\$ 1.200	<input type="checkbox"/>
Otros profesionales Socios SAP	\$ 400	<input type="checkbox"/>
Otros profesionales No Socios SAP	\$ 500	<input type="checkbox"/>
Enfermeros y técnicos	\$ 250	<input type="checkbox"/>
Docentes de educación inicial, primaria y secundaria	\$ 250	<input type="checkbox"/>

NOTA: Para abonar arancel de socio deberá tener su cuota al día
 Socios de las Sociedades Pediátricas del Cono Sur (Chile, Bolivia, Paraguay, Brasil y Uruguay)
 Valores iguales a Socios SAP (deberán presentar certificado que los acredite)
 (*) **CONSULTE POR LOS BENEFICIOS PARA MÉDICOS EN FORMACIÓN EN NUESTRA PÁGINA WEB**

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

Nº

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Vto. / Cantidad de cuotas: 1 2 3

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

FECHA..... FIRMA..... ACLARACIÓN.....