SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA
Dirección de Congresos y Eventos

Por un niño sano
en un mundo mejor

36º Congreso Argentino de Pediatría

24, 25, 26 y 27 de septiembre de 2013

Sedes: NH Gran Hotel Provincial (Boulevard Marítimo Peralta Ramos 2502) y Hermitage Hotel (Boulevard Marítimo Peralta Ramos 2657)
Ciudad de Mar del Plata – Provincia de Buenos Aires

FICHA DE INSCRIPCIÓN

APELLIDO Y NOMBRE: .....

Tipo de documento (marcar el que corresponda): DNI - LE - LC -PASAPORTE Nº.....

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

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

Profesión: .....

Especialidad: .....

Otra especialidad: .....

SOCIO SAP SI ❐ NO ❐

DOMICILIO PARTICULAR

Calle: ..... Nº: ..... Piso: ..... Dpto.: .....

Localidad: ..... Provincia: ..... CP: ..... País: .....

Tel.: ..... Fax: ..... E- mail: .....

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

	Hasta el 31 de Julio	Desde el 1º de Agosto	
Médicos Socios SAP con menos de 5 años de recibidos	$ 600	$ 700	
Médicos Socios SAP con más de 5 años de recibidos	$ 900	$ 1000	
Médicos Socios SAP Honorarios Nacionales y Vitalicios	Sin cargo	Sin cargo	
Médicos en formación Socios SAP (*)	Sin cargo	Sin cargo	
Médicos No socios SAP con menos de 5 años de recibidos	$ 1200	$ 1400	
Médicos No socios SAP con más de 5 años de recibidos	$ 1800	$ 2000	
Otros profesionales Socios SAP	$ 600	$ 700	
Otros profesionales No Socios SAP	$ 1200	$ 1400	
Enfermeros/as	$ 250	$ 300	
JORNADA DE ENFERMERÍA (24/9/13): Enfermeros/as	Sin cargo	Sin cargo	
JORNADA DE SALUD ESCOLAR (24/9/13): Docentes de educación inicial, primaria y secundaria	Sin cargo	Sin cargo	

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)
abonan 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

❐ EFECTIVO

❐ CHEQUE Adjunto cheque Nº..... 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.....