

# 3° Jornadas Nacionales de Actividad Física y Deportiva en el Niño y el Adolescente

6, 7 y 8 de junio de 2013

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

Médicos Socios SAP con menos de 5 años de recibidos	\$ 300	<input type="checkbox"/>
Médicos Socios SAP con más de 5 años de recibidos	\$ 450	<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	\$ 600	<input type="checkbox"/>
Médicos No socios SAP con más de 5 años de recibidos	\$ 900	<input type="checkbox"/>
Otros profesionales Socios SAP	\$ 300	<input type="checkbox"/>
Otros profesionales No Socios SAP	\$ 450	<input type="checkbox"/>
Enfermeros y técnicos	\$ 250	<input type="checkbox"/>
Licenciados y Profesores de Educación Física	\$ 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 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.....