

2º Jornadas Nacionales Conjuntas de Alergia e Inmunología en Pediatría

Taller de Ejercicio Profesional

11, 12 y 13 de abril de 2013
 Sede: Ariston Hotel - Córdoba 2554 - Ciudad de Rosario – Provincia de Santa Fe

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

	HASTA EL 31/03/13	
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"/>

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

EFECTIVO

CHEQUE Adjunto cheque N° Banco:

Cheque a la orden de SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA (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.....