

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

| | HASTA EL 31/03/13 | |
|--|----------------------|--|
| Médicos Socios SAP con menos de 5 años de recibidos | \$ 300 | |
| Médicos Socios SAP con más de 5 años de recibidos | \$ 450 | |
| Médicos Socios SAP Honorarios Nacionales y Vitalicios | Sin cargo | |
| Médicos Socios SAP en formación * | Sin cargo | |
| Médicos No socios SAP con menos de 5 años de recibidos | \$ 600 | |
| Médicos No socios SAP con más de 5 años de recibidos | \$ 900 | |
| Otros profesionales Socios SAP | \$ 300 | |
| Otros profesionales No Socios SAP | \$ 450 | |
| Enfermeros y técnicos | \$ 250 | |
| Licenciados y Profesores de Educación Física | \$ 250 | |

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.....