



15° Encuentro Nacional de Investigación Pediátrica

5 y 6 de julio de 2013

Sede:

Hospital de Niños Dr. Héctor Quintana – José Hernández 624 – Ciudad de San Salvador de Jujuy – Provincia de Jujuy

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	\$ 150	<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	\$ 300	<input type="checkbox"/>
Otros profesionales	\$ 150	<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. /

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

FECHA..... FIRMA..... ACLARACIÓN.....