

# 1º Encuentro Nacional de Humanismo en Medicina

25, 26 y 27 de Abril de 2013

Sede: Centro de Docencia y Capacitación Pediátrica "Dr. Carlos A. Gianantonio" – (Jerónimo Salguero 1244 – Ciudad de Buenos Aires)

## 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

Arancel único	\$ 100
Médicos Socios SAP Honorarios Nacionales y Vitalicios	Sin cargo
Médicos Socios SAP en formación (*)	Sin cargo

(\*) CONSULTE POR LOS BENEFICIOS PARA MÉDICOS EN FORMACIÓN EN NUESTRA PÁGINA WEB

### FORMA DE PAGO

EFFECTIVO

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

N° 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Vto. .... / .....

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

FECHA..... FIRMA..... ACLARACIÓN.....