



15º 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

Médicos Socios SAP	\$ 150	
Médicos Socios SAP Honorarios Nacionales y Vitalicios	Sin cargo	
Médicos Socios SAP en formación (*)	Sin cargo	
Médicos No socios SAP	\$ 300	
Otros profesionales	\$ 150	

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 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. /

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

FECHA..... FIRMA..... ACLARACIÓN.....