

2° Congreso Argentino de Neonatología
8° Jornadas Interdisciplinarias de Seguimiento del Recién Nacido de Alto Riesgo
2° Jornada Nacional de Perinatología
2° Jornadas Argentinas de Enfermería Neonatal
Jornada de Formación de Instructores de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal

26, 27, 28 y 29 de junio de 2013
Sede: Panamericano Buenos Aires Hotel & Resort - Carlos Pellegrini 551 - 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

Médicos Socios SAP con menos de 5 años de recibidos	\$ 500
Médicos Socios SAP con más de 5 años de recibidos	\$ 600
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	\$ 1.000
Médicos No socios SAP con más de 5 años de recibidos	\$ 1.200
Otros profesionales Socios SAP	\$ 400
Otros profesionales No Socios SAP	\$ 500
Enfermeros y técnicos	\$ 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 N°..... 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

N° | | | | | | | | | | | | | | | | | | Vto. / Cantidad de cuotas: 1 2 3

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

FECHA..... FIRMA..... ACLARACIÓN.....