SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA
Dirección de Congresos y Eventos

Por un niño sano
en un mundo mejor

2º Encuentro Nacional de Humanismo en Medicina

15 y 16 de mayo de 2014

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 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 y Otros Profesionales	$ 200
Enfermeros y Técnicos	$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

❐ EFECTIVO

❐ 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.....