

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA (SAP)

Dirección de Congresos y Eventos

Comité de Alergia**Grupo de Inmunología**Por un niño sano
en un mundo mejor**3° Jornadas Nacionales Conjuntas de Alergia e Inmunología en Pediatría**

21, 22 y 23 de abril de 2016

Sede: Hotel de la Cañada – Ciudad de Córdoba – Provincia de Córdoba

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 y otros Profesionales – Socios SAP	\$ 800	
Médicos y otros Profesionales – NO Socios SAP	\$ 1.500	
Médicos -Socios SAP Honorarios Nacionales y Vitalicios	Sin cargo	
Médicos en formación - Socios SAP (*)	Sin cargo	
Enfermeros y técnicos – Socios SAP	\$ 500	
Enfermeros y técnicos – NO Socios SAP	\$ 800	
Socios de las Sociedades Pediátricas del Cono Sur (**) (deberán presentar certificado que los acredite)	\$ 800	

NOTA: Para abonar arancel de socio deberá tener su cuota al día

*Consulte por los beneficios para médicos en formación en nuestra página web.

** Chile, Bolivia, Paraguay, Brasil, Uruguay

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 3Por la suma de \$..... (pesos.....)
(en números) (en letras)**FECHA**..... **FIRMA**..... **ACLARACIÓN**.....