SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA
Dirección de Congresos y Eventos

Por un niño sano
en un mundo mejor

18° Encuentro Nacional de Investigación Pediátrica

24 y 25 de junio de 2016

Sede: Hospital Pediátrico "Dr. Humberto J. Notti" – Ciudad de Mendoza – Provincia de Mendoza

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	$ 400	
Médicos – NO Socios SAP	$ 800	
Médicos -Socios SAP Honorarios Nacionales y Vitalicios	Sin cargo	
Médicos en formación - Socios SAP (*)	Sin cargo	
Otros profesionales– Socios SAP	$ 400	
Otros profesionales– NO Socios SAP	$ 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

❐ 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. ..... / ..... Cantidad de cuotas: ❐ 1 ❐ 2 ❐ 3

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

FECHA..... FIRMA..... ACLARACIÓN.....