

PRONAP 2018

Sociedad Argentina
de Pediatría

Secretaría de Educación Continua



Por un niño sano
en un mundo mejor

Programa Nacional de Actualización Pediátrica
FICHA DE INSCRIPCIÓN

INSCRIPCIÓN ABIERTA DESDE EL 01/12/2017 AL 03/06/2018

IMPORTANTE: El envío de esta ficha o la inscripción a través de la página web de SAP, genera un **compromiso** de pago. De no realizarlo, Ud. originará una deuda con la SAP. Si decide suspender el Curso debe **solicitar la baja correspondiente por escrito** antes de la entrega del módulo 2 para no acumular una deuda.

DATOS PERSONALES:

Completar con letra de IMPRENTA. COMPLETE TODOS LOS CAMPOS.

Apellido y Nombre:

Número de documento:

Sexo: F M

Fecha de Nac.:

Socio SAP: Si No

Médico en formación*

Filial:

Domicilio:

Piso:

Dto.:

Localidad:

CP:

Provincia:

Tel. particular: ()

Tel. celular: ()

E-mail (letra clara):

* Médico en formación (acreditados en SAP) contarán con los beneficios correspondientes. Más información en www.sap.org.ar

PERFIL PROFESIONAL (*Leer las instrucciones de llenado*) Debe completar todas las preguntas. No dejar items sin llenar. Si la respuesta es negativa, indíquelo. Rogamos completar, sin obviar ningún dato.

Año de egreso de la Facultad

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

¿Está en actividad?

Si No

¿Tiene residencia en clínica
pediátrica?

Completa
Incompleta
No

Otra residencia

Si No

Concurrencia

Completa
Incompleta
No

¿Tiene certificación de médico
pediatra?

Si No

¿Otorgado por SAP?

Si No

¿Otorgada por otra institución?

Si No

Atiende pacientes pediátricos en el
sector

Público Si No
Privado Si No

¿Tiene alguna subespecialidad
pediátrica? Si No

Atiende pacientes pediátricos en:

Consultorio Si No
Guardia Si No
Internación Si No
Neonatología y/o
recepción de RN Si No

Otras tareas

Docencia Si No
Investigación Si No
Adm. de servicios
y/o instituciones Si No

¿Tiene posibilidades de consultar y/o
discutir sus pacientes con otros
pediatras? Si No

Conexión a Internet

Buena
Regular
Mala
No tiene

**SI DESEA ENVIAR ESTA FICHA, HÁGALO POR CORREO CERTIFICADO
CONSERVE EL TALÓN PARA MAYOR CONTROL**

CATEGORÍA DE INSCRIPCIÓN – ARANCELES

• Para abonar arancel de SOCIO deberá tener **la cuota SAP al día**. Para mantener dicho arancel deberá permanecer en la categoría socio durante el año lectivo, de lo contrario abonará la diferencia al arancel **No Socio** • Socio Honorario o Vitalicio: inscripción GRATUITA • Beneficio Médico en formación acreditado, gozarán del beneficio automáticamente. **IMPORTANTE:** para recibir los 3 módulos debe tener pago el total del curso, de lo contrario recibirá sólo el módulo 1 hasta regularizar su situación con tesorería.

Aranceles preferenciales desde el 01/12/2017 hasta el 31/03/2018

| Socio SAP* | | No Socio | |
|---|-----------------------------------|---|-----------------------------------|
| papel + web | web | papel + web | web |
| <input type="checkbox"/> \$ 3.200 | <input type="checkbox"/> \$ 2.600 | <input type="checkbox"/> \$ 8.200 | <input type="checkbox"/> \$ 6.600 |
| Seleccione cantidad de cuotas: 1 pago <input type="checkbox"/> 2 cuotas <input type="checkbox"/> 3 cuotas <input type="checkbox"/> | | Seleccione cantidad de cuotas: 1 pago <input type="checkbox"/> 2 cuotas <input type="checkbox"/> 3 cuotas <input type="checkbox"/> | |

Aranceles desde el 01/04/2018 hasta el 03/06/2018

| Socio SAP | | No Socio | |
|---|-----------------------------------|---|-----------------------------------|
| papel + web | web | papel + web | web |
| <input type="checkbox"/> \$ 3.500 | <input type="checkbox"/> \$ 2.900 | <input type="checkbox"/> \$ 9.000 | <input type="checkbox"/> \$ 7.300 |
| Seleccione cantidad de cuotas: 1 pago <input type="checkbox"/> 2 cuotas <input type="checkbox"/> 3 cuotas <input type="checkbox"/> | | Seleccione cantidad de cuotas: 1 pago <input type="checkbox"/> 2 cuotas <input type="checkbox"/> 3 cuotas <input type="checkbox"/> | |

INSCRIPTOS EXTERIOR (web)

U\$S 430

VITALICIOS/HONORARIOS (PAPEL)

VITALICIOS/HONORARIOS (WEB)

FORMAS DE PAGO

Mastercard

American Express

Visa

Debe consignar el número completo de su tarjeta y fecha de vencimiento. VISA y MASTERCARD tienen 16 dígitos y AMERICAN EXPRESS 15 dígitos

Nº

Fecha venc. Tarjeta (mm/aa)

Autorizo a la Sociedad Argentina de Pediatría a debitar en mi tarjeta de crédito el pago del Curso PRONAP 2018

BAPRO PAGOS (1 sólo pago)

PAGO FACIL (1 sólo pago)

PAGO MIS CUENTAS/LINK PAGOS⁽¹⁾

⁽¹⁾ Recibirá por mail su código de pago electrónico y a mediados de cada mes se habilitará el pago en el sistema. En pagomiscuentas y linkpagos respectivamente debe buscar el rubro: "Clubes y asociaciones", sub rubro o empresa: "SAP-PEDIATRIA".

SISTEMA DE PAGO DIRECTO POR DEBITO EN SU CAJA DE AHORRO O CUENTA CORRIENTE.

Fecha de débitos: 1º día hábil de cada mes.

Número de Clave Bancaria Unificada (CBU) Nº

En mi carácter de titular de la cuenta de depósito correspondiente al CBU indicado precedentemente, autorizo a la Sociedad Argentina de Pediatría y al Banco _____ (Banco donde tiene su cuenta bancaria) a efectuar los débitos detallados de mi cuenta C.A. / C.C. , Nº _____, los importes de las cuotas o facturas correspondientes a los pagos solicitados, en las fechas de vencimiento.

Firma titular

Aclaración

Tipo y Nº de documento