

# 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](http://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<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> 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