

PRONAP 2019

Programa Nacional de Actualización Pediátrica

FICHA DE INSCRIPCIÓN

Sociedad Argentina
de Pediatría

Secretaría de Educación Continua



Por un niño sano
en un mundo mejor

INSCRIPCIÓN ABIERTA DESDE EL 01/12/2018 AL 07/06/2019

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

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 01/12/2018 hasta el 31/01/2019

Socio SAP		No Socio	
papel + web	web	papel + web	web
<input type="checkbox"/> \$ 4.000	<input type="checkbox"/> \$ 3.600	<input type="checkbox"/> \$ 11.000	<input type="checkbox"/> \$ 8.800
Seleccione cantidad de cuotas: 1 pago <input type="checkbox"/> 2 cuotas <input type="checkbox"/> 3 cuotas <input type="checkbox"/> 6 cuotas* <input type="checkbox"/>		Seleccione cantidad de cuotas: 1 pago <input type="checkbox"/> 2 cuotas <input type="checkbox"/> 3 cuotas <input type="checkbox"/>	

*Beneficio exclusivo para pagos con tarjeta de crédito

Aranceles desde el 01/02/2019 hasta el 07/06/2019

Socio SAP		No Socio	
papel + web	web	papel + web	web
<input type="checkbox"/> \$ 4.500	<input type="checkbox"/> \$ 3.950	<input type="checkbox"/> \$ 13.200	<input type="checkbox"/> \$ 10.600
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"/>	

INSCRIPTOS EXTERIOR (web)

U\$S 430

VITALICIOS/HONORARIOS (PAPEL+WEB)

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 2019

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

FORMAS DE ENVÍO E INSCRIPCIÓN

- Imprima, complete, escanee o fotografíe con su celular y envíe a pronap@sap.org.ar
- Imprima, complete y envíe por correo postal a: Oficina PRONAP – Coronel Diaz 1971 (1425) Ciudad de Buenos Aires
- Complete esta ficha en Word y envíe adjunto a pronap@sap.org.ar
- Realice su inscripción directamente y sin imprimir esta ficha en www.sap.org.ar, "Trámites online"