

PRONAP TIPS

TEMAS DE INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA 2023

INSCRIPCIÓN ABIERTA DESDE EL 01/10/2022 AL 01/04/2023

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 primer módulo 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

FORMAS DE ENVÍO E INSCRIPCIÓN

- Imprima, complete, escanee o fotografíe con su celular y envíe a pronap@sap.org.ar
- 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"

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 2 módulos debe tener pago el total del curso, de lo contrario recibirá sólo el primer módulo hasta regularizar su situación con tesorería.

Aranceles preferenciales hasta el 1/12/2022

Socio SAP			No Socio		
	papel + web	web		papel + web	web
Inscriptos PRONAP o PRONAP NUTRI	<input type="checkbox"/> \$ 17.000	<input type="checkbox"/> \$ 12.000	Inscriptos PRONAP o PRONAP NUTRI	<input type="checkbox"/> \$ 34.000	<input type="checkbox"/> \$ 24.000
NO inscriptos PRONAP o PRONAP NUTRI	<input type="checkbox"/> \$ 20.000	<input type="checkbox"/> \$ 15.000	NO inscriptos PRONAP o PRONAP NUTRI	<input type="checkbox"/> \$ 40.000	<input type="checkbox"/> \$ 30.000

Aranceles desde el 2/12/2022 hasta el 1/4/2023

Socio SAP			No Socio		
	papel + web	web		papel + web	web
Inscriptos PRONAP o PRONAP NUTRI	<input type="checkbox"/> \$ 21.000	<input type="checkbox"/> \$ 16.000	Inscriptos PRONAP o PRONAP NUTRI	<input type="checkbox"/> \$ 44.000	<input type="checkbox"/> \$ 33.000
NO inscriptos PRONAP o PRONAP NUTRI	<input type="checkbox"/> \$ 24.000	<input type="checkbox"/> \$ 18.000	NO inscriptos PRONAP o PRONAP NUTRI	<input type="checkbox"/> \$ 51.000	<input type="checkbox"/> \$ 38.000

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

N°

Fecha venc. Tarjeta (mm/aa)

Autorizo a la Sociedad Argentina de Pediatría a debitar en mi tarjeta de crédito el pago del Curso PRONAP 2022

BAPRO PAGOS (1 sólo pago)

PAGO FACIL (1 sólo pago)

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) N°

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 _____ (donde tiene su cuenta bancaria) a efectuar los débitos detallados de mi cuenta C.A /C.C.,

N° _____, los importes de las cuotas o facturas correspondientes a los pagos solicitados, en las fechas de vencimiento.

Firma titular

Aclaración

Tipo y N° de documento