SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA
Dirección de Congresos y Eventos

Semana de Congresos y Jornadas Nacionales 2018

23, 24, 25, 26 y 27 de abril de 2018

Sedes: Panamericano Buenos Aires Hotel & Resort – Carlos Pellegrini 551
Ciudad de Buenos Aires

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	$ 3.000	
Médicos – NO Socios SAP	$ 7.000	
Médicos -Socios SAP Honorarios Nacionales y Vitalicios	Sin cargo	
Médicos en formación - Socios SAP (*)	Sin cargo	
Otros Profesionales – Socios SAP	$ 1.000	
Otros Profesionales – NO Socios SAP	$ 1.500	
Socios de las Sociedades Pediátricas del Cono Sur (**) (deberán presentar certificado que los acredite)	$ 3.000	

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. ..... / .....

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

FECHA..... FIRMA..... ACLARACIÓN.....