SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA
Consejo De Evaluación Profesional

Por un niño sano
en un mundo mejor

CERTIFICACIÓN POR ANTECEDENTES
CONVENIO SAP- CORRIENTES

Apellido y nombre			
Fecha de nacimiento			
Documento tipo y Nº			
Matrícula Nacional		**Matrícula Provincial de Corrientes**	
Especialidad que certifica		**Período a revalidar**	
Domicilio			
Localidad		**Código postal**	
Teléfonos de contacto			
E-mail			

IMPORTANTE: Lea detenidamente el material relativo al instructivo antes de registrar su inscripción. La inscripción constituye un trámite administrativo necesario para la evaluación de la documentación requerida.

ARANCEL DE INSCRIPCIÓN: Socios ❍ $ 2.300.-

No Socios ❍ $ 6.000.-

OPCIONES DE PAGO PARA LA INSCRIPCIÓN:

O **EFECTIVO** *(Exclusivamente en Entidad Matriz. NO envíe dinero por correo).*

O **TARJETA DE CREDITO (HASTA TRES CUOTAS)**

O Mastercard O American Express O Diners O Visa

Debe consignar el número completo de su tarjeta y fecha de vencimiento.
VISA y MASTERCARD tienen 16 *dígitos. AMERICAN EXPRESS tiene* 15 *dígitos. DINERS tiene* 14 *dígitos.*

Nº __!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__! Fecha venc. Tarjeta: ____/_____ Cuotas: _____

Autorizo a la Sociedad Argentina de Pediatría a debitar en mi tarjeta de crédito el pago de la INSCRIPCIÓN al PROGRAMA DE CERTIFICACIÓN POR ANTECEDENTES.

....

Firma del titular: Aclaración y fecha: