SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA
Dirección de Congresos y Eventos
Comité de Estudio Permanente del Adolescente (CEPA)

Por un niño sano
en un mundo mejor

8º Congreso Argentino de Salud Integral del Adolescente

5º Jornadas de Salud y Educación

XXVI Reunión del Comité de Adolescencia de ALAPE

15, 16, 17 y 18 de mayo de 2013

Sedes:

Centro de Docencia y Capacitación Pediátrica Dr. Carlos A. Gianantonio (Salguero 1244) y Palais Rouge Eventos y Convenciones (Salguero 1433)
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

	HASTA EL 31/03/13	
Médicos Socios SAP con menos de 5 años de recibidos	$ 500	
Médicos Socios SAP con más de 5 años de recibidos	$ 600	
Médicos Socios SAP Honorarios Nacionales y Vitalicios	Sin cargo	
Médicos Socios SAP en formación (*)	Sin cargo	
Médicos No socios SAP con menos de 5 años de recibidos	$ 1.000	
Médicos No socios SAP con más de 5 años de recibidos	$ 1.200	
Otros profesionales Socios SAP	$ 400	
Otros profesionales No Socios SAP	$ 500	
Enfermeros y técnicos	$ 250	
Docentes de educación inicial, primaria y secundaria	$ 250	

NOTA: Para abonar arancel de socio deberá tener su cuota al día
Socios de las Sociedades Pediátricas del Cono Sur (Chile, Bolivia, Paraguay, Brasil y Uruguay)
Valores iguales a Socios SAP *(deberán presentar certificado que los acredite)*
(*) CONSULTE POR LOS BENEFICIOS PARA MÉDICOS EN FORMACIÓN EN NUESTRA PÁGINA WEB

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. ..... / ..... Cantidad de cuotas: ❐ 1 ❐ 2 ❐ 3

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

FECHA..... FIRMA.....ACLARACIÓN.....