



7º Congreso Argentino de NeumonologíaPediátrica

18, 19 y 20 de noviembre de 2015

Sede: NH Grand Hotel Provincial- Ciudad de Mar del Plata- Provincia de Buenos Aires

FICHA DE INSCRIPCIÓN

APELLIDO Y NOMBRE:

Tipo de documento (marcar el que corresponda): DNI - LE - LC -PASAPORTE N°.....

Fecha de nacimiento / / Fecha de graduación / /

Profesión: Especialidad:

Otra especialidad:

SOCIO SAP SI NO

DOMICILIO PARTICULAR

Calle: N°: Piso: Dpto.:

Localidad: Provincia: CP: País:

Tel.: Fax: E-mail:

CATEGORÍA Marcar con una cruz (X) la que le corresponda

Médicos -Socios SAP con menos de 5 años de recibidos	\$ 1100	
Médicos -Socios SAP con más de 5 años de recibidos	\$ 1500	
Médicos -Socios SAP Honorarios Nacionales y Vitalicios	Sin cargo	
Médicos en formación - Socios SAP (*)	Sin cargo	
Médicos -No socios SAP con menos de 5 años de recibidos	\$ 2200	
Médicos -No socios SAP con más de 5 años de recibidos	\$ 3000	
Enfermeros y técnicos – Socios SAP	\$400	
Enfermeros y técnicos – NO Socios SAP	\$600	
Otros profesionales– Socios SAP	\$700	
Otros profesionales– NO Socios SAP	\$1000	
Socios de las Sociedades Pediátricas del Cono Sur (**) con menos de 5 años de recibidos (deberán presentar certificado que los acredite)	\$ 1100	
Socios de las Sociedades Pediátricas del Cono Sur (**) con más de 5 años de recibidos (deberán presentar certificado que los acredite)	\$ 1500	

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 N°..... 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.....