



# Semana de Congresos y Jornadas Nacionales 2017

24, 25, 26, 27 y 28 de abril de 2017

Sedes: Panamericano Buenos Aires Hotel & Resort – Carlos Pellegrini 551  
Exe Hotel Colón - Carlos Pellegrini 507  
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	\$ 2.500	
Médicos – NO Socios SAP	\$ 6.000	
Médicos -Socios SAP Honorarios Nacionales y Vitalicios	Sin cargo	
Médicos en formación - Socios SAP (*)	Sin cargo	
Otros Profesionales – Socios SAP	\$ 500	
Otros Profesionales – NO Socios SAP	\$ 1.000	
Socios de las Sociedades Pediátricas del Cono Sur (**) (deberán presentar certificado que los acredite)	\$ 2.500	

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

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

FECHA..... FIRMA..... ACLARACIÓN.....