



# SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA

Dirección de Congresos y Eventos  
Comité Nacional de Pediatría Social  
Subcomisión de Lactancia Materna



## 12º Congreso Argentino de Pediatría Social 7º Congreso Argentino de Lactancia Materna

6, 7 y 8 de septiembre de 2012

Sedes: Complejo de Cines de Cinemacenter Corrientes, Centro Comercial Carrefour y Escuela Hogar "Juan Domingo Perón"  
Ciudad de Corrientes

### 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: .....

**SU MAYOR INTERÉS ESTÁ RELACIONADO CON:**     **Pediatría Social**                       **Lactancia Materna**

#### 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	\$ 300	
Médicos Socios SAP con más de 5 años de recibidos	\$ 400	
Médicos Socios SAP Honorarios Nacionales y Vitalicios	sin cargo	
Médicos No socios SAP con menos de 5 años de recibidos	\$ 600	
Médicos No socios SAP con más de 5 años de recibidos	\$ 800	
Otros profesionales no médicos	\$ 300	
Docentes de educación primaria y secundaria	\$ 150	
Enfermeros	\$ 150	
Agentes de salud	\$ 150	
Médicos Socios de las Sociedades Pediátricas del Cono Sur (Chile, Bolivia, Paraguay, Brasil y Uruguay) con menos de 5 años de recibidos ( <i>deberán presentar certificado que los acredite</i> )	\$ 300	
Médicos Socios de las Sociedades Pediátricas del Cono Sur (Chile, Bolivia, Paraguay, Brasil y Uruguay) con más de 5 años de recibidos ( <i>deberán presentar certificado que los acredite</i> )	\$ 400	
Beca SAP	---	

**NOTA: Para abonar arancel de socio deberá tener su cuota al día**

#### FORMA DE PAGO

**EFFECTIVO**

**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

N° | | | | | | | | | | | | | | | | | | Vto. .... / ..... Cantidad de cuotas:  1     2     3

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

**FECHA**..... **FIRMA**..... **ACLARACIÓN**.....