

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA
Consejo de Evaluación Profesional



CERTIFICACIÓN POR ANTECEDENTES Y REVALIDACIÓN DE PEDIATRAS

Socios SAP

Apellido/s y nombre/s		
Fecha de nacimiento		
Documento tipo y N°		
Matrícula Nacional		Matrícula Provincial y Provincia emisora
Especialidad que certifica	Pediatría	Período a revalidar
Domicilio		
Localidad y provincia		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 no vinculante.

ARANCEL DE INSCRIPCIÓN: \$ 1.350.-

OPCIONES DE PAGO PARA LA INSCRIPCIÓN:

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

TARJETA DE CREDITO (HASTA TRES CUOTAS)

Mastercard American Express Diners 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.

N° _____ Fecha venc. Tarjeta: ____/____ Cuotas: _____

Autorizo a la Sociedad Argentina de Pediatría a debitar en mi tarjeta de crédito el pago de la INSCRIPCIÓN a la CERTIFICACIÓN POR ANTECEDENTES Y REVALIDACIÓN.

Autorización al cobro mediante débito bancario directo por transferencia automática para abonar la Facturas que emita la Sociedad Argentina de Pediatría CUIT N° 30-54539388-5 para el cobro de la presente inscripción a través de mi cuenta del Banco:

....., sucursal N°:, tipo de cuenta:, N° de cuenta:

....., sucursal N°:, tipo de cuenta:, N° de cuenta:

, CBU (Clave Bancaria Uniforme) N°: _____

.....
Firma del titular:

.....
Aclaración y fecha: