



5º Congreso Argentino de Nefrología Pediátrica

3º Jornadas de Enfermería y de Técnicos en Nefrología Pediátrica

21 al 23 de Junio de 2012

Sede:

Centro de Docencia y Capacitación Pediátrica Dr. Carlos A. Gianantonio – Salguero 1244– 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 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 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	

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)

FORMA DE PAGO

EFECTIVO

CHEQUE Adjunto cheque Nº..... Banco.....

Cheque a la orden de SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA (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.....