



**SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA**  
Dirección de Congresos y Eventos  
Comité de Estudio Permanente del Adolescente



**7º Congreso Argentino de Salud Integral del Adolescente**  
**4º Jornadas Salud Educación**

1 al 4 de septiembre de 2010

Sede  
Hotel 13 de Julio – 9 de Julio 2777 – 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: .....

SOCIO SAP SI  NO  Filial o Delegación SAP a la que pertenece: .....

**DOMICILIO PARTICULAR**

Calle: ..... N°: ..... Piso: ..... Dpto.: .....

Localidad: ..... Provincia: ..... CP: ..... País: .....

Tel.: ..... Fax: ..... E-mail: .....

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

	Hasta el 30/06/10	A partir del 1/07/10
Médicos Socios SAP con menos de 5 años de recibidos	\$ 350	\$ 450
Médicos Socios SAP con más de 5 años de recibidos	\$ 450	\$ 550
Médicos No socios SAP con menos de 5 años de recibidos	\$ 700	\$ 900
Médicos No socios SAP con más de 5 años de recibidos	\$ 900	\$ 1.100
Otros profesionales	\$ 350	\$ 450
Enfermeros/as	\$ 100	\$ 150
Docentes	\$ 50	\$ 75

**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**

**EFFECTIVO**

**CHEQUE O GIRO POSTAL** Adjunto cheque/giro N°..... Banco .....  
Cheque o giro postal (no telegráfico) 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** .....