



XV Congreso
Asociación Latinoamericana de Pediatría
15 al 20 de noviembre de 2009
Centro de Convenciones de Puerto Rico
San Juan, Puerto Rico



HOJA DE REGISTRO

Favor de completar la siguiente información y devolverla vía Internet, fax o correo a:



COMITÉ ORGANIZADOR

PMB No. 175
Calle Calaf # 400
San Juan, PR 00918
Tel. (787) 728-2011 (787)765-1700
Fax: (787) 765-1710

e-mail: events@hbtravelpr.com

También puede registrarse 'on-line': www.alapepr2009.org/registro

INFORMACIÓN GENERAL

Apellido Paterno:		Materno:	
Nombre:			
Título: <input type="checkbox"/> Profesor <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Otro: _____		Sexo	F: M:
Organización / Institución / Hospital:			
Dirección postal:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	País:
Teléfono: ()		Celular: ()	
Fax: ()		Correo electrónico:	

ACOMPAÑANTES:

Apellidos	Nombre	Adulto	Niño (hasta 12 años)
1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cursos Pre-Congreso

Favor ver información en www.alapepr2009.org/cursos_pre_congreso

CUOTAS DE REGISTRO

Categorías	ETAPAS DE PRE REGISTRO			En SEDE	Precio Por Día
	I Jul 01/07- Mar 31/08	II Abr 01/08 – Ago 30/08	III Sep 01/08 – Ago15/09		
Médico	U\$300.00	U\$375.00	U\$450.00	U\$500.00	U\$275.00
Enfermeras, Médicos Residentes y otros Profesionales De la Salud	U\$225.00	U\$250.00	U\$275.00	U\$300.00	U\$200.00
Acompañantes (mayores de 12 años)	U\$200.00	U\$200.00	U\$200.00	U\$200.00	U\$100.00

Fecha: _____ Total de Cuota de Registro: \$ _____

Total de seminarios: \$ _____

Total: \$ _____

El pago de la cuota da derecho a:

- **Congresistas:** Asistencia al Congreso, documentación y libro de resúmenes, café en los descansos, almuerzos de trabajo, Cóctel de Bienvenida y Cena de Clausura.
- **Acompañantes:** Asistencia al programa social y a los actos programados exclusivamente para los acompañantes.
- **Residentes:** Tendrán los mismos derechos que los Congresistas. Necesitarán acreditarlo mediante certificado firmado por el Jefe de Servicio de Hospital, adjunto a la hoja de inscripción.

Luego de recibir su formulario de registro, le enviaremos una carta de confirmación y su recibo de pago. Si no recibe esta información en un plazo de 7 días luego de enviado el formulario deberá comunicarse con el Comité Organizador.

POLÍTICA DE CANCELACIÓN

- Toda solicitud de cancelación se hará por escrito y se enviará al COMITE ORGANIZADOR.
- Si usted cancela su inscripción en o antes de 30 de julio de 2009, se le devolverá el 20% de costo.
- Si usted cancela en o antes del 30 de enero de 2009, se le devolverá el 50% de su inscripción.
- Si usted cancela en o antes del 1 de septiembre de 2009, no tendrá derecho a devolución.
- No se aceptarán cancelaciones por problemas de visado.
- Toda devolución se llevará a cabo un mes luego de concluido el evento.

REQUERIMIENTOS DE VISADO

- Puerto Rico es un territorio de los Estados Unidos de América (USA), por lo tanto puede que usted necesite un visado (seleccione las que apliquen);

	Sí	No
○ Necesita Carta Invitacional para solicitar visado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Tiene visado de los Estados Unidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Para más información relacionado a los requerimientos de visado para entrar a los Estados Unidos, favor de contactar la Embajada de Estados Unidos en su país o visite:
 - <http://www.unitedstatesvisas.gov/whatis/index.html>
 - <http://travel.state.gov/visa/visa>
 - <http://usembassy.state.gov/>
- El Comité Organizador le enviará la Carta Invitacional una vez procesada su inscripción al Congreso.
- De requerir más información se puede comunicar con nosotros.

METODO DE PAGO

- Sólo se aceptarán dólares americanos (U\$)
- Puede pagar su registro por tarjeta de crédito (VISA o Master Card) o transferencia electrónica.
- Es necesario que se incluya el código de seguridad de la tarjeta de crédito para que la inscripción sea procesada, y enviar copia de tarjeta de crédito por ambos lados y copia de su cédula.
- **Todos los pagos deberán venir acompañados de esta ficha. Ninguna inscripción será confirmada mientras no se reciba el pago correspondiente. Todos los aranceles son en dólares americanos (USD).**

Tarjeta de Crédito:	X	Número de Tarjeta	
Visa		Fecha de Vencimiento	
		Código de Seguridad	_____
Master Card		Importe Total USD	\$
		Apellido y Nombre del Titular	
		Firma del Titular	

- Banco que otorga la tarjeta: _____
- Teléfono del titular (incluya código telefónico) : (____) _____
- Toda información será estrictamente confidencial y no será divulgada o publicada sin previa autorización del participante.

Por este medio AUTORIZO AL COMITE ORGANIZADOR DE ALAPE 2009 A EFECTUAR LOS CARGOS NECESARIOS A MI CUENTA como “Firma en Archivos” por concepto de INSCRIPCIÓN según detallados anteriormente. También autorizo, de ser necesario, a realizar cargos por concepto de cancelación de mi inscripción.

Certifico haber leído las condiciones expuestas en esta ficha de inscripción y acepto las condiciones de la misma. Certifico que la información provista es correcta.

Firma: _____

Fecha: _____

Para uso del Comité de Registro

Fecha de Recibo: _____ Persona que recibe la solicitud: _____ Número de Registro: _____

Forma de Pago: VI MC Efectivo Núm. aprobación o recibo: _____ Cantidad: _____

Fecha procesado el pago: _____ Por: _____ Fecha Confirmación: _____

Comentarios: _____