



# Ficha de Incorporación

Miembro Asociado

Sr(a). Dr(a).:  
PRESIDENTE(A) DE LA SOCIEDAD PERUANA DE PEDIATRÍA:

Yo, \_\_\_\_\_

Domiciliado en: \_\_\_\_\_

Solicito a usted mi incorporación en la Sociedad que dignamente dirige, para cuyo efecto acompaño:

- |                                                                                   |                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Título de Médico Cirujano                                | <input type="checkbox"/> Currículum Vitae documentado                   |
| <input type="checkbox"/> Título de Médico Pediatra o de especialidades afines     | <input type="checkbox"/> Diploma de Recertificación (Según corresponda) |
| <input type="checkbox"/> Constancia de habilidad expedida por CMP                 | <input type="checkbox"/> Pago por derecho de Incorporación a la SPP     |
| <input type="checkbox"/> Carta Presentación de dos miembros SPP titulares hábiles |                                                                         |

Lima, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

DNI N° \_\_\_\_\_

## Miembros titulares

Nombres y apellidos	Firma
_____	_____
_____	_____

En sesión de la fecha, los Vocales de Ética y Calificación Profesional acuerda aceptar la solicitud presentada.

Lima, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Vocal de Ética y Calificación  
Profesional

\_\_\_\_\_  
Vocal de Ética y Calificación  
Profesional

En la fecha, con el informe favorable de los Comités y habiendo cumplido con todos los requisitos, se aprueba la incorporación solicitada, en calidad de Miembro ASOCIADO / TITULAR / CORRESPONDIENTE.

Debiendo presentar su trabajo el día: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Secretario(a) General

\_\_\_\_\_  
Presidente(a)

Habiendo tomado conocimiento que la sociedad Peruana de Pediatría ha aceptado mi incorporación me comprometo a cumplir con las disposiciones de los estatutos y reglamento vigente y con pleno conocimiento del Artículo 8, inciso B de los Estatutos, autorizo a través de mi Centro de Trabajo se me descuenta mensualmente de mis haberes por planilla de pago, el importe de mis compromisos contraídos con la Sociedad Peruana de Pediatría.

# Ficha de Datos Personales

		N° de Registro	
Fecha		N° DNI	
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Nombres			
Cargo asistencial			
Cargo Docente			
Estudios de Pre- Grado			
Estudios de Post-Grado (Residencia)			
Estudios de Maestría			
Estudios de Doctorado			
Fecha de Graduación	N° CMP	N° Reg. Especialidad Pediatría	
Lugar de nacimiento		Fecha de nacimiento	
Domicilio		Teléfono	
Consultorio		Teléfono	
Centro de trabajo		Teléfono	
e-Mail		Teléfono Celular	

**Es indispensable el correcto llenado de ambas hojas y adjuntar los documentos que sustenten los requisitos solicitados**

Nota: Los pagos se deben hacer en nuestras Cuentas Corrientes:

- Por concepto de Incorporación \$50 (Cincuenta Dólares Americanos)  
Banco BBVA Continental M.E. 0353-0100004372  
Banco de Crédito M.E. 193-1475916-1-50

- Para el pago por concepto de las cuotas anuales, obligatoriamente se debe firmar la autorización de débito automático (recurrente) de VISANET



# Formulario de afiliación al sistema de Pago Recurrente de VISANET



## SOLICITUD DE AFILIACIÓN SISTEMA DE PAGOS RECURRENTE

Lima, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Señores: \_\_\_\_\_

Con código de afiliación N°

Estimados señores, por medio de la presente:

Yo, \_\_\_\_\_

Con DNI: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

### Autorizo a cargar en mi Tarjeta de Crédito o Débito Visa (\*) N°

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Fecha de vencimiento (MM/AA):  /

El cargo trimestral por concepto de: \_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_

Nombre del beneficiario del servicio: \_\_\_\_\_

Hasta por un monto máximo de S/. \_\_\_\_\_

Son aplicables a la presente solicitud las Condiciones de Servicio detalladas en el reverso de esta hoja.

Sin otro particular, quedo de ustedes  
Atentamente

Firma del titular

DNI:

(\*) Valido para todas las Tarjetas de Crédito Visa y solo para las Tarjetas de Débito Visa del Banco de Crédito BCP, BBVA Banco Continental, Interbank, HSBC, Banco de La Nación y Citibank.

## CONDICIONES DE SERVICIO

- El Establecimiento comunicará al tarjetahabiente la aceptación de su solicitud de afiliación y confirmará la primera fecha tentativa de cargo por el medio que previamente éste hubiere establecido y comunicado. En cualquier caso, si en un plazo de 30 días el tarjetahabiente no recibe la referida confirmación, deberá entender que su solicitud de afiliación no ha sido aceptada.
- VISANET y el Banco Emisor no serán responsables por la deficiencia o ausencia de la notificación de la aceptación o rechazo de la solicitud de afiliación.
- Los cargos se efectuarán por el importe y en la oportunidad que ordene el Establecimiento, sin responsabilidad del Banco y VISANET, siempre que el cliente cuente con una línea disponible y suficiente para efectuar el pago de la totalidad del importe requerido por el establecimiento.
- El Banco cargará el monto ordenado por el Establecimiento hasta por el monto máximo establecido por el tarjetahabiente. Si el monto de la orden supera el monto máximo establecido, ésta no será procesada.
- En caso de reemplazo de la tarjeta por pérdida, robo o vencimiento, el Banco actualizará el nuevo número de la tarjeta para poder continuar con el cargo automático. Sin perjuicio de ello, es obligación del Cliente informar al Establecimiento el cambio del número de la tarjeta.
- El tarjetahabiente podrá modificar el monto máximo, tramitando una desafiliación y autorizando otra afiliación por el nuevo monto ante el Establecimiento o el Banco. El tarjetahabiente deberá considerar los plazos previstos para el procesamiento de la desafiliación y la aceptación de la afiliación.
- La solicitud del cargo automático a la Tarjeta Visa estará vigente hasta que el cliente solicite al banco o al establecimiento seleccionado su desafiliación al sistema. La desafiliación deberá ser solicitada con una anticipación no menor de 48 horas a la fecha de cobro. Los pagos recurrentes con vencimiento dentro de las mencionadas 48 horas podrán ser cargados al tarjetahabiente.
- El cliente podrá presentar una solicitud de suspensión temporal al Establecimiento o al Banco por cualquier medio de fecha cierta. Dicha solicitud deberá ser presentada con una anticipación no menor de 48 horas a la fecha de cobro.
- Los pagos recurrentes con vencimiento dentro de las mencionadas 48 horas podrán ser cargados al tarjetahabiente. La suspensión no exime al tarjetahabiente de sus obligaciones frente al establecimiento.
- En ningún caso VISANET y el Banco son responsables por la provisión, continuidad, cantidad y calidad de los servicios prestados por el Establecimiento. Tampoco serán responsables por los errores o demoras en la presentación de los cargos recurrentes al Banco, ni por la entrega oportuna de los comprobantes de pago al tarjetahabiente.

**VISA** donde quieras estar