

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN ANTICIPADA:

**CATEGORIA DE INSCRIPCION: *Seleccionar una única opción***

**SOCIO/ESTUDIANTE | FAGRAN | ENTIDAD CON CONVENIO | NO SOCIOS**

**Nombre/s:**

**Apellido:**

**D.N.I:**

**Fecha de nacimiento:**

**Domicilio:**

**Código postal:**

**Universidad:**

**Estudiante: SI / NO**

**Año de recibida:**

**Matrícula Nacional N°:**

**Matrícula Provincial N°:**

**Área en la que se desempeña – Marque con una “X” una sola opción:**

* Residencia – Concurrencia
* Docencia
* Nutrición Clínica Adulto
* Nutrición Clínica Niños
* Trastornos Conducta Alimentaria, Obesidad y Estética
* Nutrición Gerontológica
* Gestión en Servicios de Alimentación
* Nutrición en Salud Pública y Nutricion Comunitaria
* Tecnología de Alimentos/Industria
* Nutricion y deporte
* No posee experiencia laboral

**¿Cómo conoció el congreso?**

* Redes sociales
* Página web
* Colegas/Amigos
* Newsletter

## MEDIOS DE PAGO:

* **Efectivo y pagos con Tarjeta de crédito VISA:** Solicitar turno a tesoreria@aadynd.org.ar para abonar en Sede Viamonte 1328 Piso 7° Dto. 25, CABA
* **Depósito bancario/Transferencia bancaria:** Deberá realizar el depósito en cualquier sucursal del Banco Galicia. Debajo los datos:

**BANCO GALICIA**

**“Cuenta Corriente Especial” a nombre de AADYND**

**Nº de CUIT: 30-65741337-9**

**Cuenta Corriente Especial $ 9750198-6 005-6**

**CBU: 00700054-30009750198662**

Enviar el comprobante por email a 3ercongresoaadynd@gmail.com aclarando su nombre, apellido y numero de socio si corresponde.

* **“Cuenta Corriente Especial” a nombre de AADYND.**

Enviar el comprobante por email a 3ercongresoaadynd@gmail.com aclarando su nombre, apellido y numero de socio si corresponde

***Para más información, comunicarse al Whatsapp:***

***Teléfono: +54 9 (11) 2487-7401***