Conferencia de las Américas.

Un Tratamiento Desafiante en Tiempos Desafiantes: Como Ayuda la Psicología Relacional del Self.

Inscripción a la Conferencia.

Apellido: Nombre: Grado Académico:

Dirección:

Ciudad: Estado/Provincia/Región: Código Postal: País:

Teléfono: ( ) E-Mail:

Profesión: (Por favor marque la opción): Asistente Social: _____ Psicólogo/a: _____ Médico: _____ Otra: _____

Estado/ Licencia Profesional Número: (para certificado CE):

CUOTA INSCRIPCIÓN:

Por favor indique el tipo de inscripción marcando en el recuadro:

Miembros IAPSP:		✓
Profesionales	**US$75**	
Estudiante - Candidata/o - Profesional Reciente *	**US$35**	
No Miembros:		
Profesionales	**US$95**	
Estudiante - Candidata/o - Profesional Reciente *	**US$45**	
Precio según Área Geográfica:**		
Sud América (excluyendo Argentina)	**US$25**	
Argentina	**US$15**	
Centro América / México	**US$25**	
Sud África.	**US$25**	

*** Profesionales Recientes: en práctica popr menos de 5 años y que hayan finalizado su Carrera en 2015 o más tarde.**

**** Los precios basados en las áreas geográficas son para cualquiera inscripción de los países y áreas consideradas, independientemente de la membrecía o status profesional**

Se proveerá traducción simultánea (Inglés- Castellano) e (Inglés-Francés) para la parte de la presentación clínica, los comentarios y las preguntas y respuestas..

La/os inscritas/os serán posteriormente asignadas/os a grupos de discusión en Castellano o Francés. Por favor seleccione para ser incluida/o en un grupo en Castellano o Francés.

Castellano ____ Francés ____

Cancelación y política de reembolso:

Los reembolsos seran devueltos descontando US$15 por costos de administración, siempre que la solicitud sea recibida, via email, fax o correo, antes del 10 de Octubre. No serán aceptadas las cancelaclaciones recibidas después del 10 de Octubre.

Información necesaria para el pago

El pago debe acompañar el formulario de inscripción. El pago es en US$

Cuota Inscripción: $_____

☐ Cheque incluido: a nombre de IAPSP. (Un cobro de US$25 será evaluado en caso de cheques devueltos.)

☐ Tarjeta de Crédito: ☐ VISA ☐ MasterCard ☐ AMEX

Número de Tarjeta:

Fecha de Expiración: Código de Seguridad de 3 o 4 dígitos:

Firma:

Dirección Postal de Facturación:

Pagos con Cheque: formulario de inscripción y pago a

IAPSP
10685-B Hazelhurst Dr. #26072 Houston, TX 77043 USA
Phone: (888) 699-9299
Email: admin@iapsp.org **Web**: www.iapsp.org
SOLO PODEMOSACEPTAR CHEQUES DE ESTADOS UNIDOS en US$.