



**Jornadas del Interior 2011 Celso Papadópulos
Asociación Argentina de Biología y Medicina Nuclear**

**28 y 29 de octubre de 2011
Salón Perseo Hotel Ariston Pueyrredón 762 – Rosario – Santa Fe – Argentina**

Comité Organizador

Dr. Daniel Nespral

Dra. María del Carmen Alak

Dra. Mabel Montivero

Dr. Hugo Croci

Dra. Sonia Traverso

Dra. Silvina Racioppi

Dr. Roque Balbuena

Dr. Fernando Faccio

Dra. Ticiana Ambrosini

Dr. Arístides Justo Sarmiento

Valores de Inscripciones a las Jornadas

Socios AABYMN con cuota al día	\$ 200.-
No Socios AABYMN	\$ 300.-
Técnicos	\$ 100.-

Formas de pago: Efectivo, Cheque a la orden de Asociación Argentina de Biología y Medicina Nuclear, Depósito Bancario o transferencia (Standard Bank Cta. Cte. en pesos: 0501/02002955/08, CBU 01505016/02000002955089) CUIT 30-67781971-1 En caso de optar por el depósito bancario o transferencia remitir el comprobante por fax:

AABYMN: 011-4382-0583

MVC Producciones: 011-3221-4341

✂-----

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN / REGISTRATION FORM

Título Académico / Academic Title _____

Especialidad / Speciality _____

Nombre / First Name _____ **Apellido / Surname** _____

Dirección Particular / Address _____

Ciudad/ City _____ **Estado / State** _____ **Código Postal / Postal Code** _____

País/ Country _____ **Teléfono/ Phone** _____
Country Code / city code / number

Celular/Cellular _____

Organización o Institución / Organization or Institution _____

Dirección / Address _____

Ciudad/ City _____ **Estado / State** _____ **Código Postal / Postal Code** _____

País/ Country _____ **Teléfono/ Phone** _____
Country Code / city code / number

E-mail:(mandatory) _____

El resumen debe ser enviado antes del 31 de Agosto de 2011

Reglamento para la presentación de resúmenes

Instrucciones para envío de resúmenes

Instrucciones para los autores

- El resumen debe incluir:
- No más de 300 palabras como máximo.
- Objetivo.
- Material y Método.
- Resultados
- Conclusión
- Pueden enviarse trabajos por e-mail o CD

Idioma Español

Advertencia

No se aceptarán resúmenes:

⇒Fotocopiados ⇒Fax ⇒Con modificaciones del formato original

Los requisitos para su presentación son los siguientes:

- 1) No debe de haber sido publicado o presentado anteriormente.
- 2) El trabajo debe presentar un aporte original a la Medicina y Biología Nuclear concernientes a la investigación básica y/o clínico con significativa casuística.
- 3) Los trabajos deberán ser enviados a aabymn@produccionesmvc.com o aabymn@ciudad.com.ar antes del 31/08/2011

Instrucciones para completar el formulario

- Autores (apellido precedido de 1ra. inicial), nombre y dirección de la institución, deben figurar en el rectángulo superior.
- Subrayar el nombre del Autor que presentará el trabajo.
- Título en letras mayúsculas.
- Las tablas y texto deben ser incluidas en el mismo espacio.
- Respete los márgenes.
- Para asegurar una buena reproducción se aconseja usar letra regular de tamaño 10 (mínimo)- (Calidad óptima).
- Usar abreviaturas comunes, identificar correctamente los radiofármacos, no usar súper o subíndice (Ej: 131 I, 99mTc)
- Elegir tres palabras claves.

Los resúmenes deberán ser enviados antes del 31 de Agosto de 2011 por mail a las siguientes direcciones:

aabymn@produccionesmvc.com o aabymn@ciudad.com.ar

Consultas a:

MVC PRODUCCIONES: TEL 011- 3221-4341

AABYMN: TEL 011- 4382-0583

Formulario de resúmenes

<p>El tema principal del trabajo se relaciona con:</p> <ul style="list-style-type: none">1- Oncología2- Neurología/ Psiquiatría3- Cardiología4- Pediatría5- Osteoarticular6- Endocrinología7- Gastroenterología8- Nefrourología9- Radiofarmacia Radioquímica y Radiofisica10- Vascular Periférico11- Pulmón12- Infectología13- Física e instrumentación14- Radioprotección15- Terapias con radionucleidos16- Hematología17- Otros..... <p>Palabras Claves: 1..... 2..... 3.....</p> <p>Key words: 1..... 2..... 3</p>	<p>(Autores)</p> <p>(Hospital / Institución)</p> <p>(TITULO)</p>
--	--

<p>Persona de referencia:.....</p> <p>Hospital / Organización:</p> <p>Dirección: CP : Localidad:</p> <p>Provincia: País:.....</p> <p>Teléfono: Fax: Cel:</p> <p>e-mail:</p>



Oferta Hotelera

Hotel Ariston

Córdoba 2554 – Rosario – Santa Fe

Tel: 0341- 4258666

www.aristonhotel.com.ar



Tarifas por día

Single: \$ 264,47

Doble: \$ 305,79

Triple: \$ 350, 42

Incluye: Desayuno Buffet, piscina, solarium, business center, minibar, tv, wifi

No incluye: IVA, estacionamiento

2 - Hotel Zurich

Mendoza 2355 - Rosario

Tel: 0341 – 4244797/ 4496818

www.rosario.com.ar/hotelzurich



Tarifas por día

Single: \$ 180

Doble: \$ 270

Triple: \$ 330

Cuádruple: \$ 450

Incluye: Desayuno Buffet, iva

No acepta tarjetas

3 - Hotel Presidente

Corrientes 919– Rosario – Santa Fe

Tel: 341-4242789

www.solans.com



Tarifas por día

Single: \$ 425

Doble: \$ 495

Incluye: Desayuno Buffet,WI Fee, IVA

4 - Hotel Riviera

San Lorenzo 1460– Rosario –

Tel: 341-4242058

www.solans.com



Tarifas por día

Single: \$ 355

Doble: \$ 395

Incluye: Desayuno Buffet,WI Fee, IVA

5- Hotel Libertador

Corrientes 752– Rosario –

Tel: 341 4241005

www.solans.com



Tarifas por día

Single: \$ 315

Doble: \$ 350

Incluye: Desayuno Buffet,WI Fee, IVA

6 - Hotel República

San Lorenzo 955– Rosario –

Tel: 341 4248580

www.solans.com

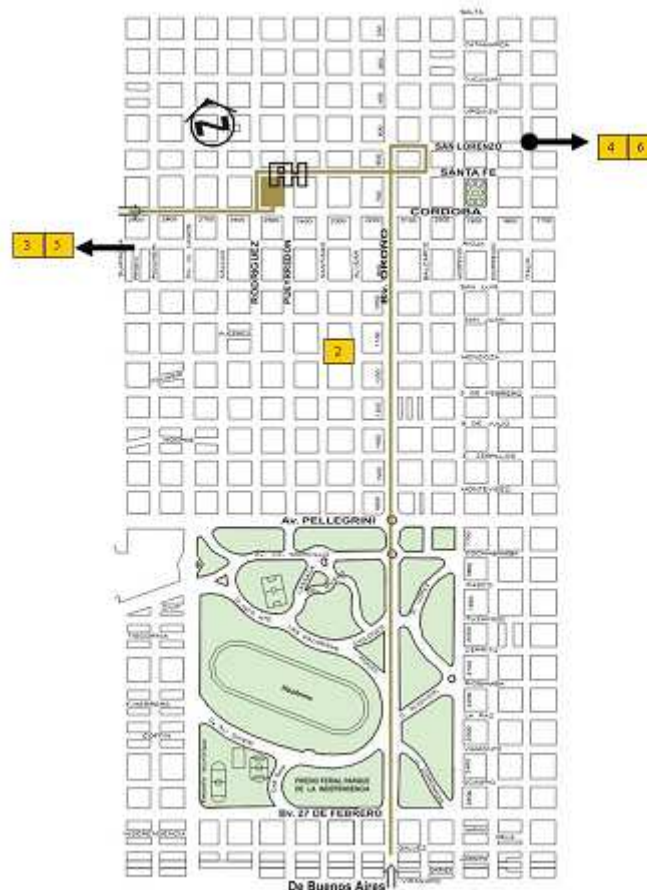


Tarifas por día

Single: \$ 290

Doble: \$ 325

Incluye: Desayuno Buffet,WI Fee, IVA



Formulario de Reserva de Hotel

Complete el siguiente formulario Y envíelo firmado por esta misma vía
info@produccionismvc.com, aabymn@produccionismvc.com

Datos Personales

Apellido:.....Nombre.....
DNI:.....
Domicilio:.....CP:.....
Localidad:.....Provincia:.....
País:.....
Teléfono:.....Celular:.....
E-mail:.....

Datos de la Reserva

Hotel:

Tipo de Habitación:

Single

Doble

Cantidad de noches:

Fecha de entrada:

Fecha de Salida:

Condiciones de Reserva:

- La reserva podrá ser abonada el día del Check in, por lo cual el hotel solicita datos de tarjeta de crédito como garantía del pago.
- En caso de no presentarse ni dar de baja a la reserva se le cobrará de su tarjeta el valor de una noche.
- Las reservas se realizarán con un riguroso orden de petición por lo que le aconsejamos realice la misma lo antes posible, para garantizar su habitación en el hotel elegido.

Forma de pago elegida:

- Efectivo Check in Tarjeta de Crédito Transferencia Bancaria
 Cheque Deposito

Formulario de Tarjeta de Crédito en Garantía

Tarjeta:

Titular:.....

N ° de Tarjeta □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

Código de seguridad:.....Fecha de Vencimiento:

Firma y aclaración