 EDUCACIÓN FARMACEUTICA CONTINUA

 \* Solicitamos completar con letra de imprenta, clara y legible

CURSO SOLICITADO: **Farmacoterapia de los trastornos neurodegenerativos**

Inicio 13 de abril 2020

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  FORMULARIO DE INSCRIPCION | **Fecha** |  |  |  |
| Matrícula Nº |  |
| **D.N.I Nº** |  |  |  |  |  |  |  |  |  **Fecha de nacimiento** |  |  |  |
| **Apellido y Nombre (si es mujer, el apellido de soltera)**  |
| **Calle** | **N°** | **Piso/Dpto.** |
| **Localidadsan**  | **Cod.Postal** | **Prov** |
| **Teléfono particular** | **Teléfono laboral** | **Fax** | **Teléfono movil**  |
| **Nombre de la Farmacia**  |
| **Correo Electrónico**  |
| **Colegio al que pertenece /si es Pcia. Bs. As. indicar Filial)** |
|  |
| **Ambito donde ejerce: Oficina de Farmacia Hospitalario Industria Otros**  |
| **Facultad de Egreso:** | **Fecha de Egreso** |
| Forma y lugar de pago |
| Efectivo en pesos (no contrareembolso) \* $ 10.400 |
| **Depósito en pesos**: $ 10.400 Banco Credicoop, Sucursal 119 – Monserrat – Cuenta Corriente Nº 14726/7 CBU 19101196-55011901472678 CUIT 30-51943796-8(enviar comprobante del depósito **identificado con Nombre y Apellido y la ficha de** inscripción a cursos@cofa.org.ar |
|
| **Colegio de Farmacéuticos de su Jurisdicción** **Confederación Farmacéutica Argentina**:Julio A. Roca 751 2º piso (C1067ABC) Ciudad Autónoma de Buenos AiresHorario: lunes a viernes de 9 hs a 17 hs.**E-mail**: cursos@cofa.org.ar |