



CURSO INTENSIVO

“Capacitación y Actualización en Anticoncepción”



FICHA DE INSCRIPCIÓN

Apellido _____ Matr. N° _____
Nombre _____ DNI _____
Dirección _____
Provincia _____ C. P. _____ Ciudad _____
Teléfono _____ Celular _____
E-mail _____
Título _____ Otorgado por _____

COSTOS: las cuotas se abonan del 1 al 10 de cada mes, pasada esa fecha se cobrarán intereses (2% mensual). INDIQUE:

- Matriculadas del Distrito I: Contado: \$1200 ó 3 cuotas de \$500
- No Matriculadas del Distrito I: Contado: \$1500 ó 3 cuotas de \$600

FORMAS DE PAGO: Indique

1. Efectivo
2. INTERDEPÓSITO / TRANSFERENCIA BANCARIA (para que el pago sea tomado como válido, deberá remitir indefectiblemente comprobante escaneado por mail, fax O WAP) CBU: 0140999801200008051243 / CUIT: 30-69139150-3. **INCLUIR \$10 X DEPOSITO**
3. Débito Automático: Visa - Visa Electrón (deberán solicitar vía e-mail el formulario de adhesión al débito automático para posteriormente completarlo, firmarlo y remitirlo vía fax).

CONDICIONES GENERALES

- **Modalidad:** Semipresencial: Teórico-Práctico con Evaluación Final.
- Lectura de Material, previa al Presencial
- **Presencial OBLIGATORIO:** 17/08/2018 de 08.30 a 16.30 horas.
- **Lugar:** Colegio de Médicos de la Prov. de Bs. As., Distrito I – La Plata, calle 51 N° 723 (entre 9 y 10) La Plata
- **Acredita 36 HORAS CÁTEDRA**
- **Promoción del curso:** Haber abonado la totalidad de las cuotas; Tener aprobado el examen final. Asistir al PRESENCIAL OBLIGATORIO. Pasados los 90 (noventa) días de la expedición de los certificados, se da culminado el curso. Quienes a esa fecha, no tengan cancelado el Curso, se tomará como NO APROBADO, sin derecho a reclamo alguno
- **La firma de las presentes condiciones generales, implica la aceptación de las mismas.**

Firma

USO INTERNO

CONTROL DE PAGOS			OBSERVACIONES		
FECHA	RECIBO	MONTO			