 EDUCACIÓN FARMACEUTICA CONTINUA

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

 CURSO SOLICITADO: CODEX FARMACÉUTICO BONAERENSE-

 Segunda Edición

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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.** |
| **Localidad** | **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) \* |
| **Cheque en pesos** Nº A la orden de Confederación Farmacéutica Argentina (no a la orden) \* |
| **Depósito en pesos**: 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** por fax al 4342-1001 interno 201) \* |
|
| **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.**Teléfonos**: (011) 4342-1001**E-mail**: cursos@cofa.org.ar |