 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 Aires  Horario: lunes a viernes de 9 hs a 17 hs.  **Teléfonos**: (011) 4342-1001  **E-mail**: cursos@cofa.org.ar | | | | | | | | | | | | | | | | | | |