FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Solicitamos completar de manera digital con todos sus datos

Curso solicitado: **DIPLOMATURA ENMEDICAMENTOS PARA LOS TRASTORNOS ENDÓCRINOS**

|  |  |
| --- | --- |
| Apellido y Nombre |  |
| DNI |  |
| Fecha de Nacimiento |  |
| Colegio Farmacéutico |  |
| Matricula |  |
| Calle; N°; Piso |  |
| Localidad |  |
| Código Postal |  |
| Provincia |  |
| Teléfono de contacto |  |
| Email |  |

|  |
| --- |
| Forma y lugar de pago |
| Efectivo en pesos (no contrarrembolso) |
| **Depósito en pesos**: Banco Credicoop, Sucursal 119 – Monserrat – Cuenta Corriente N.º 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 |
|
| **Confederación Farmacéutica Argentina**:  Julio A. Roca 751 2º piso (C1067ABC) Ciudad Autónoma de Buenos Aires  **E-mail**: cursos@cofa.org.ar |