

Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires Distrito I

Cursos de Post-Grado Ciclo 2010

Escuela Superior de Educación Médica Prof. Dr. Heraldo Tavella

CURSO:

Datos de Inscripción

Inscripto N°

Apellido y Nombres: _____

Doc. Ident.: _____ Fecha Nac. : ____/ ____/ ____

Nacionalidad: _____ Domicilio: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Localidad: _____ Cod. Postal: _____

E-mail: _____

M.P. N°: _____ Años de Ejercicio Profesional: _____

Especialidad: _____

Presenta Curriculum Vitae: Si / No

Actividad Laboral

Institución: _____

Ingreso: ____/ ____/ ____ Domicilio: _____

Localidad: _____ Teléfono: _____

Cargo: _____

Otras Actividades: _____

Declaro por la presente conocer el Reglamento General de Cursos que rige el presente y la incumbencia, condiciones de admisibilidad, puntaje otorgante, horarios y demás características del curso al que me inscribo. Asimismo me notifico que de no cumplir con las condiciones de pago en tiempo y forma, al incurrir en una mora de dos (2) cuotas consecutivas, perderé la condición de cursillista regular, debiendo abandonar el curso sin derecho a reclamo o devolución de inscripción y/o pago, y a certificación alguna.

Firma del Cursillista: _____

Nota: La presente inscripción no será válida sin la firma del cursillista