

**FICHA DE INSCRIPCIÓN**

|  |
| --- |
| **EVENTO: Curso de Reanimación Neonatal – CRN****Fecha: \_\_\_/\_\_\_/2015 Horário: Carga horaria 90 horas (A distancia – Presencial)****Local: Calle Omiste 429 Centro Potosí – Bolivia** |
| **Nombre. Completo: Medida o talla de polera: \_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |
| **Médico Residente ( ) Médico ( ) Estudiante de:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_año ( )****Lic. Enfermería ( ) Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Mat. Prof: Ya hizo un curso anteriormente ( ) SI ( ) NO - Año:\_\_\_\_\_\_\_****Entidad que organizo el curso:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |
| **Dirección donde vive:**  |
| **Barrio:** |
| **Ciudad:**  |
| **Telefono: Celular:**  |
| **E-mail:**  |
| **Lugar de Trabajo:**  |
| **Valor depositado/pagado:**  |
| **Fecha de deposito:**  |
| **INFORMACIONES** [**www.centrorenacer.weebly.com**](http://www.centrorenacer.weebly.com/)**Consultorios Centro de Atención y Formación Integral RENACER Sede Sucre – Ayacucho Nº 382, 2do Piso casi esquina Rene Moreno, Telf. Sucre 77778080 – 72874284, Telf. Potosí 76162222****Depósito Bancario: BANCO UNIÓN Nº de cuenta: 10000005467423 - A nombre de Vladimir Vicente Camacho Ramírez****Costo: Bs. 500,00****Enviar ficha de inscripción y comprobante de depósito por e-mail:** **centro\_renacer1@hotmail.com** **/** **aiepinutpotosi@yahoo.es** **WhatsApp: 005521987289089 Brasil-Rio de Janeiro, 76162222 Potosí-Bolivia****Esta ficha de inscripción solamente será válida mediante envío/presentación del comprobante de depósito bancario.** |