

**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**](mailto:centro_renacer1@hotmail.com) **/** [**aiepinutpotosi@yahoo.es**](mailto: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.** |