



**Cursos Soporte Vital Cardiovascular Avanzado
SVCA / ACLS
Ficha de Inscripción**



20855

CODIGO
Original: Unidad ACE
Copia: CAJA

Día Mes Año

Fecha del curso: _____

Público General: _____

Médico _____

No. Colegiado Activo _____

Especialidad _____

Lugar de Trabajo _____

Otro: _____

Datos Generales del Participante

Nombre completo:* _____

Nacionalidad: _____

Fecha de nacimiento: _____ Título Académico: _____

Teléfono residencia:* _____ Teléfono celular:* _____

e-mail:* _____

Dirección de residencia: _____

Como se enteró de los cursos: _____

Desea estacionamiento: No Si

Ha participado en algún curso de Unidad ACE: No Si ¿Cuál (es) y fecha?

Datos de la empresa (si labora) / Lugar de Estudio

Nombre de la empresa:* _____

Dirección: _____

Teléfonos:* _____ Telefono de Jefe Inmediato: _____

Puesto de trabajo: _____

Contacto en Departamento de Recursos Humanos o Nombre de Jefe de Residentes (solo Médicos): _____

IMPORTANTE: * Al llenar esta ficha de inscripción usted confirma que ha leído el Reglamento de Pago y acepta las condiciones del evento * Unidad de Cursos ACE, se reserva el derecho de cancelar y reprogramar el curso que no reúnan el cupo mínimo de Participación.

Firma de Recepción del Manual sellado *: _____ **(NO HAY REEMBOLSO)**

AREA EXCLUSIVA CAJA Y UNIDAD ACE



Precio Curso: Fecha de Pago:

Recibo No.: CODIGO CURSO:

Recibo a nombre de: NIT:

Observaciones: Esta Ficha de Inscripción es Válida si tiene el sello y firma de Unidad ACE