



# Cursos Salvacorazones - DEA Ficha de Inscripción



**20857**

Día  Mes  Año

Original: Unidad ACE  
Copia: CAJA

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 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)**



Precio Curso:  Fecha de Pago:

Recibo No.:  CODIGO CURSO:

Recibo a nombre de:  NIT:

Observaciones: