



**INSCRIPCIÓN A DIPLOMA ESPECIALISTA EN FARMACIA
HOSPITALARIA**

RG-SGC-029

**v.03
2016/09/07**

FECHA: _____

Nombre completo: _____

Domicilio: _____

C.I. _____ Fecha de Nacimiento. _____

Trabajo particular: _____

Correo electrónico. _____ cel: _____

Fecha de la Jura de la Bandera: _____

Título profesional: _____ Fecha de recibido: _____

TOTAL A ABONAR: 31517U.I. (Unidades indexadas)

FORMA DE PAGO (Marque la opción correcta)

Pago al contado

Pago con tarjeta de crédito Tarjeta: Pagos (hasta 6):

A partir de la fecha de inscripción al Diploma se dispone de un plazo de 2 años para cancelar el arancel correspondiente a 31517 unidades indexadas, según resolución del Consejo de la Facultad de Química en sesión del 19/02/04.

Firma y aclaración de firma