

**INSCRIPCIÓN A DIPLOMA ESPECIALISTA EN RADIOFARMACIA**

**v.03**  
**2017/12/20**

FECHA: \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

C.I. \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento. \_\_\_\_\_

Trabajo particular: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Tel. Particular. \_\_\_\_\_

Correo electrónico. \_\_\_\_\_

Celular. \_\_\_\_\_

Fecha de la Jura de la Bandera: \_\_\_\_\_

Título profesional: \_\_\_\_\_ Fecha de recibido: \_\_\_\_\_

Podrán acceder quienes tenga título de Químico Farmacéutico, Químico, Bioquímico Clínico, Licenciado en Química u otros títulos de grado universitario que acrediten formación razonablemente equivalente a juicio de la Comisión asesora nombrada por la Sub Comisión del DERF. En éste último caso adjuntar CV completo y actualizado.

**TOTAL A ABONAR: 30.000 U.I. (Unidades indexadas)**

FORMA DE PAGO (Marque la opción correcta)

Pago al contado

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

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración de firma del solicitante