

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AL RESIDENTADO
 FARMACIA HOSPITALARIA**

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

FECHA: _____

Nombre completo: _____

Domicilio: _____

C.I. _____ Fecha de Nacimiento. _____

Trabajo particular: _____

Tel: _____ Tel. Particular. _____

Correo electrónico. _____

Celular. _____

Título profesional: _____ Fecha de recibido: _____

MARQUE CON UNA CRUZ LAS ÁREAS TEMÁTICAS A LAS QUE DESEA INSCRIBIRSE

AREAS TEMATICAS	
Dosis Unitaria	
Gestión	
Monitoreo de medicamentos	
Radiofarmacia	
Reconstitución de citostáticos	
Farmacia Clínica	
Atención Farmacéutica	
Servicios Farmacéuticos	
Galénica/ Preparados Magistrales	

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AL RESIDENTADO
FARMACIA HOSPITALARIA**

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

TOTAL AABONAR: 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:

*Previo al inicio del residentado, el aspirante deberá abonar el costo por la rotación correspondiente.

Cada rotación equivale a 7 créditos.

A partir de la fecha de inscripción se dispone de un plazo de 2 años para abonar el diploma.