



UNIÓN DE TRABAJADORES DE FARMACIA

CURSOS GRATUITOS

TELEFORMACIÓN



BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

Nº	DENOMINACIÓN	Horas	DIRECCIÓN / COORDINACIÓN DE CONTENIDO
1	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	116	Dra. A. M ^º REQUEJO MARCOS (UCM)
2	CONSEJO FCO. EN PATOLOGÍAS MENORES	136	A. ALONSO BENAVENTE (H.Segovia)
3	ELABORACIÓN DE PRODUCTOS FCOS. I	106	SIC FORMACIÓN
4	INICIACIÓN A LA HOMEOPATÍA	116	CEDH
5	ATENCIÓN FCA EN PRIMEROS AUXILIOS	116	A. ALONSO (H.Segovia) y SIC FORM.

Todos los cursos están dirigidos a Trabajadores de oficina de farmacia.

Inscripción: Es preciso rellenar todos los **datos de la Farmacia y de cada participante**, y remitirlos por fax: 91 141 01 61 o correo electrónico: tutorias@gruposic.es

DATOS DE LA FARMACIA (POR FAVOR, ESCRIBA EN MAYÚSCULAS, DE MANERA CLARA Y RELLENE TODAS LAS CASILLAS)

Nombre de la Farmacia: _____

CIF/NIF: _____ N° CTA. Cotización S. Social: _____

Dirección: _____

Código postal: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Correo electrónico: _____

Número de trabajadores de la Oficina de Farmacia (incluyendo el titular) :

DATOS DE LOS PARTICIPANTES (POR FAVOR, ESCRIBA EN MAYÚSCULAS Y RELLENE TODAS LAS CASILLAS. TODOS AQUELLOS BOLETINES QUE PRESENTEN DATOS SIN COMPLETAR SERÁN DESESTIMADOS

Nombre y Apellidos: _____

Sexo: (V/M): NIF: _____ N° Afiliación S. Social: _____

Fecha de nacimiento: _____ Correo electrónico: _____

Categoría (marque con X): Titular: Adjunto: Facult.: T.F.: Aux: Otros:

Régimen laboral: Autónomo: Régimen General:

Seleccione N° de curso por orden de preferencia :

Teléfono Particular: _____ Selecciones su nivel de estudios:

Sin estudios Primarios: Grad. escolar: ESO: FPI: FPII:

Ciclo Grado Superior: BUP/COU: Diplomatura: Licenciatura:

Teléfono de consulta: **91 5779119**

ENVÍO: Fax: 91 141 01 61 o Correo electrónico: tutorias@gruposic.es

Nombre y Apellidos: _____
Sexo: (V/M): NIF: _____ N° Afiliación S. Social: _____
Fecha de nacimiento: _____ Correo electrónico: _____
Categoría (marque con X): Titular: Adjunto: Facult.: T.F.: Aux: Otros:
Régimen laboral: Autónomo: Régimen General:
Seleccione N° de curso por orden de preferencia :
Teléfono Particular: _____ Selecciones su nivel de estudios:
Sin estudios Primarios: Grad. escolar: ESO: FPI: FPII:
Ciclo Grado Superior: BUP/COU: Diplomatura: Licenciatura:

Nombre y Apellidos: _____
Sexo: (V/M): NIF: _____ N° Afiliación S. Social: _____
Fecha de nacimiento: _____ Correo electrónico: _____
Categoría (marque con X): Titular: Adjunto: Facult.: T.F.: Aux: Otros:
Régimen laboral: Autónomo: Régimen General:
Seleccione N° de curso por orden de preferencia :
Teléfono Particular: _____ Selecciones su nivel de estudios:
Sin estudios Primarios: Grad. escolar: ESO: FPI: FPII:
Ciclo Grado Superior: BUP/COU: Diplomatura: Licenciatura:

Nombre y Apellidos: _____
Sexo: (V/M): NIF: _____ N° Afiliación S. Social: _____
Fecha de nacimiento: _____ Correo electrónico: _____
Categoría (marque con X): Titular: Adjunto: Facult.: T.F.: Aux: Otros:
Régimen laboral: Autónomo: Régimen General:
Seleccione N° de curso por orden de preferencia :
Teléfono Particular: _____ Selecciones su nivel de estudios:
Sin estudios Primarios: Grad. escolar: ESO: FPI: FPII:
Ciclo Grado Superior: BUP/COU: Diplomatura: Licenciatura: