

CURSOS GRATUITOS TELEFORMACIÓN-ON LINE

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

Nº	DENOMINACIÓN	Horas	DIRECCIÓN / COORDINACIÓN DE CONTENIDO
1	VALORACIÓN E INTERPRETACIÓN DE ANÁLISIS CLÍNICOS	104	ANTONIO CASAS MORENO
4	PLANTAS MEDICINALES EN LA OFICINA DE FARMACIA	104	J. L. LÓPEZ LARRAMENDI
5	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	104	Dra. A. M ^a REQUEJO MARCOS (UCM)
6	CONSEJO FCO. EN PATOLOGÍAS MENORES	124	A. ALONSO BENAVENTE (H.Segovia)
7	SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: TRASTORNOS AFECTIVOS Y NEURODEGENERATIVOS	104	Dr. ZARZUELO ZURITA (Univ. Granada)
8	ANTIMICROBIANOS EN LA OFICINA DE FARMACIA	114	J. I. ALÓS CORTÉS (S.Microb.H.Móstoles)
9	ANÁLISIS CLÍNICOS ELEMENTALES	90	SIC FORMACIÓN
12	ELABORACIÓN DE PRODUCTOS FCOS. I	94	SIC FORMACIÓN
13	ELABORACIÓN DE PRODUCTOS FCOS. II	94	SIC FORMACIÓN
14	PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD	94	SIC FORMACIÓN
15	TERAPIA DEL DOLOR	104	Dr. ZARZUELO ZURITA (Univ. Granada)
18	INICIACIÓN A LA HOMEOPATÍA	104	CEDH
19	ATENCIÓN FCA. EN PRIMEROS AUXILIOS	104	A. ALONSO (H.Segovia) y SIC FORM.

Todos los cursos están dirigidos a profesionales de Oficina de Farmacia.

Inscripción: Cumplimente todos los **datos de la Farmacia y de cada participante** y remítalo por fax: 91 141 01 61 o correo electrónico: infocursos@fefe.com

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

Nombre de la Farmacia: _____

CIF/NIF: _____ Nº CTA. Cotización S. Social: _____

Dirección: _____

Código postal: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Correo electrónico: _____

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

También quiero información de Bonificaciones

Teléfono de consulta: **91 5779119**

ENVÍO: Fax: 91 141 01 61 o Correo electrónico: infocursos@fefe.com

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

Nombre y Apellidos: _____
Sexo: (V/M): NIF: _____ Nº Afiliación S. Social: _____
Fecha de nacimiento: _____ Correo electrónico: _____
Categoría (marque con X): Titular: Adjunto: Facult.: T.F.: Aux: Otros:
Régimen laboral: Autónomo: Régimen General:
Teléfono Particular: _____ Seleccione su nivel de estudios:
Otros (especificar estudios) _____
Seleccione Nº de curso por orden de preferencia :

Nombre y Apellidos: _____
Sexo: (V/M): NIF: _____ Nº Afiliación S. Social: _____
Fecha de nacimiento: _____ Correo electrónico: _____
Categoría (marque con X): Titular: Adjunto: Facult.: T.F.: Aux: Otros:
Régimen laboral: Autónomo: Régimen General:
Teléfono Particular: _____ Selecciones su nivel de estudios:
Técnico en Farmacia Grado/Licenciado en Farmacia:
Otros (especificar estudios) _____
Seleccione Nº de curso por orden de preferencia :

Nombre y Apellidos: _____
Sexo: (V/M): NIF: _____ Nº Afiliación S. Social: _____
Fecha de nacimiento: _____ Correo electrónico: _____
Categoría (marque con X): Titular: Adjunto: Facult.: T.F.: Aux: Otros:
Régimen laboral: Autónomo: Régimen General:
Teléfono Particular: _____ Selecciones su nivel de estudios:
Técnico en Farmacia Grado/Licenciado en Farmacia:
Otros (especificar estudios) _____
Seleccione Nº de curso por orden de preferencia :

Nombre y Apellidos: _____
Sexo: (V/M): NIF: _____ Nº Afiliación S. Social: _____
Fecha de nacimiento: _____ Correo electrónico: _____
Categoría (marque con X): Titular: Adjunto: Facult.: T.F.: Aux: Otros:
Régimen laboral: Autónomo: Régimen General:
Teléfono Particular: _____ Selecciones su nivel de estudios:
Técnico en Farmacia Grado/Licenciado en Farmacia:
Otros (especificar estudios) _____
Seleccione Nº de curso por orden de preferencia :