**CURSO A DISTANCIA 2015**

**APS en Movimiento.**

**Herramientas para el Abordaje Territorial en Salud Sexual y Reproductiva**

 **FICHA DE INSCRIPCIÓN 2da COHORTE**

**NOMBRE Y APELLIDO ------------------------------------------------------- DNI ------------------------------------**

**MATRICULA--------------------**

**DIRECCION---------------------------------------------------------------------------- CODIGO POSTAL---------------**

**CIUDAD-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**TELEFONO ------------------------------------- CELULAR --------------------------------------------------------------**

**E-MAIL-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**TITULO ------------------------------ ----------------------------------------------------------------------------------------**

**LUGAR DE TRABAJO: -----------------------------------------------------------------------------------------------------**

**FORMAS DE PAGO- (marque con una cruz, la opción que UD elija)**

**Matriculada Distrito V:**

**-------------- CONTADO $ 800.- / ------------- 3 CUOTAS DE $ 300.-**

**No Matriculada u otro Profesional**

**-------------CONTADO $ 900.- / ------------- 3 CUOTAS DE $ 350.-**

 **MEDIOS DE PAGO (marque con una cruz, el medio de pago elegido por usted)**

 **1) BAPRO PAGOS (Banco Provincia)**

 **(Podemos enviarle la chequera de pagos vía mail)**

 **2) TRANSFERENCIA BANCARIA (Banco Provincia)**

 **CBU DEL COLEGIO: 0140028101509603337755**

 **CUIT: 30-69654053-1**

 **Cuenta corriente en pesos N° 33377/5 Sucursal 5096**

 **BANCO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

**CONDICIONES GENERALES**

**Ud. deberá ingresar en la plataforma virtual al menos una vez por módulo, requisito para la aprobación del módulo. Todos los módulos deberán estar aprobados. El examen deberá ser entregado en tiempo y forma.**

**La firma de las presentes condiciones implica la aceptación de las mismas.**

 **FIRMA----------------------------**

**Nota**: Ante cualquier duda, puede comunicarse al teléfono 011 4743-1626.

Días y Horario de Atención Martes, Miércoles y Viernes de 12 a 17 hs

O al email: cursos@colegiodeobstetrica.com.ar / colobstdv@yahoo.com.ar