Formación Médicina Sintergética 2019-2020



Top of Form

|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS DEL ALUMNO** | |
| Nombres |  |
| Apellidos |  |
| Rut |  |
| Teléfono Móvil |  |
| E-mail |  |
| Dirección |  |
| Ciudad |  |
| Profesión / Actividad |  |
| Institución donde Trabaja |  |
| Breve Currículum relativo al curso |  |
| **FORMAS DE PAGO** | |
| |  | | --- | | Efectivo y/o al contado con cheque  Cheques a fecha  Tarjeta de Crédito  Depósito o Transferencia a la cta. cte. Nº 6125561-3 del Banco Santander, a nombre de ViaVida Chile Ltda., Rut: 76.246.360-1. Aviso al mail inscripcionpindal@gmail.com |   ¿Por qué medio se enteró de la formación? | |
| **DATOS DE FACTURACIÓN (solo si se requiere factura)** | |
| Razón Social |  |
| Rut |  |
| Dirección |  |
| Giro |  |
| Teléfono |  |
|  |  |

Bottom of Form