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