

CURSO DE EXPERTO UNIVERSITARIO EN USO, INDICACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS.

-FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN-

Nº Colegiado/a.....

Apellidos y Nombre.....

Dirección..... Localidad.....

C.P..... Provincia..... D.N.I nº.....

Telf. Móvil..... E-mail.....

Calendario de ediciones: Fechas de las sesiones presenciales de asistencia obligatoria.

- 1ª Edición: Del 4 al 6 de Octubre, de 16:00 a 21:00 hs (tarde).
 - 2ª Edición: Del 6 al 8 de Octubre, de 9:00 a 14:00 hs (mañana)
 - 3ª Edición: Del 25 al 27 de Octubre, de 16:00 a 21:00 hs (tarde).
 - 4ª Edición: Del 2 al 4 de Noviembre, de 16:00 a 21:00 hs (tarde).
 - 5ª Edición: 8, 9 y 11 de Noviembre, de 9:00 a 14:00h (mañana).
 - 6ª Edición: Del 9 al 11 de Noviembre, de 16:00 a 21:00 hs (tarde).
 - 7ª Edición: Del 15 al 17 Noviembre, de 16:00 a 21:00 hs (tarde).
 - 8ª Edición: Del 17 al 19 de Noviembre, de 9:00 a 14:00 hs (mañana).
 - 9ª Edición: 29 y 30 de Noviembre y 1 de Diciembre, de 16:00 a 21:00 hs (tarde).
 - 10ª Edición: Del 1 al 3 de Diciembre, de 9:00 a 14:00 hs (mañana).
- Deseo ser admitido/a en la edición seleccionada, de las arriba indicadas, del Curso de Experto en Indicación Uso y Autorización de Medicamentos y Productos Sanitarios**

Zamora, a..... de..... de 2010

Fdº _____
Firma del solicitante