SAN JUAN BAUTISTA SCHOOL OF MEDICINE 1978

Oficina de Educación Continua
009-NOV-22-JLDM / Proveedor ORC: 00225

HOJA DE INSCRIPCION

(Favor de llenar en su totalidad y enviarla por email.
No se aceptará matrícula sin el pago correspondiente)

ACTIVIDAD: **(Curso)**		
_____ Apellido Paterno	_____ Apellido Materno	_____ Nombre e Inicial
Profesión:	Número Licencia: (Profesión)	Códico Profesión: (No aplica a MD)
Dirección Postal:		
Pueblo:	País:	Zip Code:
Celular:	Teléfono Trabajo:	
Correo Electrónico: @		
Como se enteró del curso:	Egresado Escuela de Medicina San Juan Bautista: _____ Sí _____ No	
_____ Firma Participante	_____ Fecha	

Notas:

1. La información suministrada será de carácter confidencial y se utilizará para los fines correspondientes.
2. Puede reclamar su certificado luego de 15 a 30 días pasada la actividad.
3. Duplicados tendrán un costo de $15.

==========

Para uso de la Oficina de Educación Continua:

Pago recibido/cantidad: $_____

***** Método Pago:
___ Visa/MC
___ ATH
___ Ath Móvil (787) 590-9635

___ Efectivo
___ Cheque: # _____
___ Giro: # _____
___ Paypal (emsjbpay@sanjuanbautista.edu)

_____
Firma Autorizada

_____
Fecha

***** Favor de anotar en "Mensaje" la fecha o nombre de la actividad.

==========

Apartado 4968
Caguas, PR 00726-4968

787-743-3038 Ext. 304
www.sanjuanbautista.edu

educacioncontinuaemsjb@sanjuanbautista.edu