

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Curso de Certificación de **Orthocaps®**

Los interesados deben rellenar este formulario, usando letras MAYÚSCULAS.

Deseo inscribirme en el Curso de Certificación de Orthocaps.

Fecha del Curso:

Lugar:

Nombre y Apellidos

Dirección de la clínica

Ciudad

Provincia

País

Código postal

Teléfonos: Fijo clínica

Móvil:

Email

NIF

Coste del curso: 400€ + IVA (484€ IVA incl.)

Ingresar en Banco Mare Nostrum. IBAN ES37 0487 0143 89 2007001625

Concepto: Certificación Orthocaps + nombre del inscrito.

Se devolverá el importe total en las cancelaciones hasta 1 semana previa al curso.

Fecha

Firma

Mandar formulario y confirmación del ingreso por fax, email o correo postal a:

ORTODONCIA PLÁSTICA
C/ RONDA DE LEVANTE, 5, 1º B
3000MURCIA
TLF. 696 349 485
orthocaps@ortodonciaplastica.com