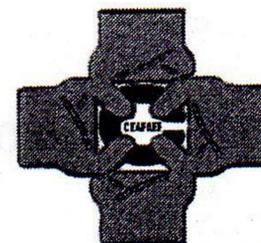




**C.E.A.F.A.E.F: Coordinadora Estatal de Asociaciones y Federaciones de Auxiliares-Ayudantes y Empleados de Farmacia**



## CURSOS GRATUITOS 2005

**Cursos a DISTANCIA (85 horas aprox.) con apoyo opcional por internet  
ACREDITADOS POR LA COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

### BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

Nº	DENOMINACIÓN	F	A	DIRECTORES DEL CURSO
6	DISPENSACIÓN Y VENTA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS	F	A	D. FERNÁNDEZ PEÑA (Dtra. Estudios SIC)
9	ELABORACIÓN DE PRODS. FARMACÉUTICOS	F	A	D. FERNÁNDEZ PEÑA (Dtra. Estudios SIC)

**F:** Licenciados en farmacia (salvo titulares) **A:** Auxiliares y resto de Trabajadores de la Oficina de Farmacia

Para inscribirse en los cursos es necesario rellenar los datos de la Farmacia y los datos de cada uno de los participantes interesados. Se ruega cumplimenten todas las casillas

TENDRÁN ACOGIDA EN ESTE PLAN DE FORMACIÓN LOS EMPLEADOS DE OFICINA DE FARMACIA (Facultativos, Adjuntos, Técnicos en Farmacia y Auxiliares). LOS TITULARES DE OFICINA DE FARMACIA NO TIENEN ACOGIDA EN ESTE PLAN DE FORMACIÓN.

**DATOS DE LA FARMACIA.** (POR FAVOR, ESCRIBA EN MAYÚSCULAS, DE MANERA CLARA Y RELLENE TODAS LAS CASILLAS)

Nombre de la Farmacia: \_\_\_\_\_  
CIF/NIF: \_\_\_\_\_ Núm. de la Seg. Social: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Código postal: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
Número de trabajadores de la Oficina de Farmacia (incluyendo el titular) :

#### DATOS DE LOS PARTICIPANTES

(POR FAVOR, ESCRIBA EN MAYÚSCULAS Y RELLENE TODAS LAS CASILLAS. TODOS AQUELLOS BOLETINES QUE PRESENTEN DATOS SIN COMPLETAR SERÁN DESESTIMADOS)

Apellidos y nombre: \_\_\_\_\_  
Sexo: (V/M):  NIF: \_\_\_\_\_ Núm. Seg. Social: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ e-mail (si procede) \_\_\_\_\_  
Categoría (marque con X): Facult:  Adjunto:  T.F:  Aux:  Otros:   
Autónomo:  Régimen General:  Licenciado en Farmacia Si/No:   
Domicilio particular: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Telf. Particular: \_\_\_\_\_  
Seleccione cursos por orden de preferencia

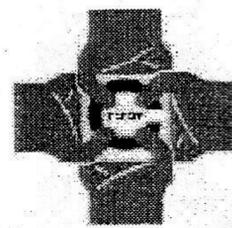


# ASOCIACION PROVINCIAL DE AUXILIARES TECNICOS DE FARMACIA

Capitán Meca, 4 – Entresuelo derecha – 03002 - ALICANTE

Teléfono y Fax – 965 20 81 03

[www.iespana.es/asocalicante](http://www.iespana.es/asocalicante) E-mail: [asocalicante@iespana.es](mailto:asocalicante@iespana.es)



C.E.A.F.A.E.F.

Alicante 14 de febrero de 2005

Estimado compañero/a:

Ponemos en vuestro conocimiento, que la CEAFAEF junto con la empresa SIC, va a poner en marcha el plan de formación continuada que tendrá carácter oficial y que pretende establecer acciones formativas a distancia avaladas por la comisión de formación y la comisión tripartita, lo que en definitiva significa que ésta tiene carácter oficial, y por tanto la acreditación oficial correspondiente, que servirá para conseguir créditos que servirán para el proyecto final de adecuación profesional de los auxiliares con respecto a los técnicos.

Como habréis leído, la importancia de cursos como este son los que en esta Asociación nos han animado a comunicarlo a todos los trabajadores de farmacia, estén o no asociados. Los que lo están ya han recibido previamente la comunicación.

El resto de compañeros que estén interesados, por favor rellenar la ficha y remitir a la dirección de esta Asociación. Por favor cualquier respuesta positiva se nos haga llegar lo antes posible.

Sin mas, un saludo

La Junta Directiva

Apellidos y nombre: \_\_\_\_\_

Sexo: (V/M):  NIF: \_\_\_\_\_ Núm. Seg. Social: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ e-mail (si procede) \_\_\_\_\_

Categoría (marque con X): Facult:  Adjunto:  T.F:  Aux:  Otros:

Autónomo:  Régimen General:  Licenciado en Farmacia Si/No:

Domicilio particular: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Telf. Particular: \_\_\_\_\_

Seleccione cursos por orden de preferencia

Apellidos y nombre: \_\_\_\_\_

Sexo: (V/M):  NIF: \_\_\_\_\_ Núm. Seg. Social: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ e-mail (si procede) \_\_\_\_\_

Categoría (marque con X): Facult:  Adjunto:  T.F:  Aux:  Otros:

Autónomo:  Régimen General:  Licenciado en Farmacia Si/No:

Domicilio particular: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Telf. Particular: \_\_\_\_\_

Seleccione cursos por orden de preferencia