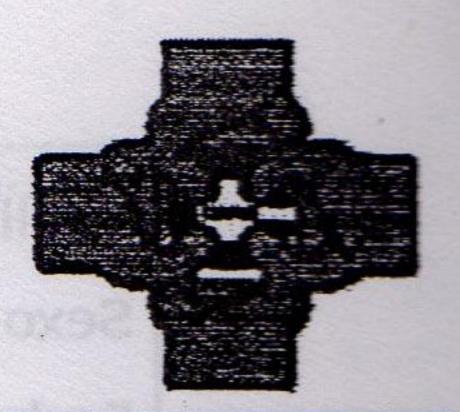


C.E.A.F.A.E.F: Coordinadora Estatal de Asociaciones y Federaciones de Auxiliares-Ayudantes y Empleados de Farmacia

CURSOS GRATUITOS 2006



Cursos a DISTANCIA con soporte opcional en cybercampus ACREDITADOS POR LA COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

No	DENOMINACIÓN	F	A	DIRECCIÓN / COORDINACIÓN DE CONTENIDO
1	DISPENSACIÓN DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS I	F	CHURCHEL WILDIN	Da DOLORES FERNÁNDEZ (Dtra. Estudios SIC)
2	DISPENSACIÓN DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS II	F	A	Da DOLORES FERNÁNDEZ (Dtra. Estudios SIC)
3	ELABORACIÓN DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS I	F	THE RESIDENCE OF THE	Da DOLORES FERNÁNDEZ (Dtra. Estudios SIC)
4	ELABORACIÓN DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS II	F	A CHARLOSON & DOOR CALLY	Da DOLORES FERNÁNDEZ (Dtra. Estudios SIC)
5	GESTIÓN DE STOCKS Y COMPRAS	F	THE RESIDENCE OF THE PARTY OF T	M. DE LA FUENTE e I. NARBAIZA (SIC)
6	CONSEJOS PRÁCTICOS EN DERMOFARMACIA	F	the National Physics Physics Printer Printers	E. ALONSO APERTE (Univ. San Pablo CEU)
7	ANÁLISIS CLÍNICOS ELEMENTALES	F		Da DOLORES FERNÁNDEZ (Dtra. Estudios SIC)
8	PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD I	F		Da DOLORES FERNÁNDEZ (Dtra. Estudios SIC)
9	OPTIMIZACIÓN DE ESPACIOS COMERCIALES	F	The second secon	PRODUCCIÓN SIC
10	PRUEB. DIAG. EN LA MEDICINA ACTUAL PARA OF	F	A	Mª J. JIMÉNEZ MARTÍN (H. Clínico S. Carlos)

F: Licenciados en farmacia (excepto 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. ESTE DOCUMENTO SE PUEDE ENVIAR A TRAVÉS DEL FAX O CUMPLIMENTARLO EN www.cybercampus.es.

TENDRÁN ACOGIDA EN ESTE PLAN DE FORMACIÓN LOS EMPLEADOS DE OFICINA DE FARMACIA (Adjuntos, Facultativos, 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:	Nº CTA. Cotización S. Social:	
Dirección:		
Código postal:Local	lidad:	
Provincia:	Teléfono:Fax:_	
Número de trabajadores de la Of	ficina de Farmacia (incluyendo el titular) :	
DATOS DE LOS PARTICIPANTES		
COOR FALLOR FECTION EN MANY	LISCULAS V DELLENE TODAS LAS CASILLAS.	TODOS AQUELLOS

DATOS DE LOS PARTICIPANTES

(POR FAVOR, ESCRIBA EN MAYÚSCULAS Y RELLENE TODAS LAS CASILLAS. TODOS AQUELLOS

BOLETINES QUE PRESENTEN DATOS SIN COMPLETAR SERÁN DESESTIMADOS)

BULEI IMES QUE PALSCIA LEIA DAL COSTITUTA DE				
Apellidos y nombre:				
Sexo: (V/M): NIF:No Afiliación S. Social:				
Fecha de nacimiento: Correo electrónico:				
Categoría (marque con X): Titular: Adjunto: Facult.: T.F.: Aux: Otros:				
Régimen de cotización: Autónomo: Régimen General:				
Seleccione cursos por orden de preferencia :				
Teléfono Particular: Seleccione su nivel de estudios:				
Sin estudios Primarios: Grad, escolar: ESO: FPI: FPI: FPII: Ciclo Grado Superior: BUP/COU: Diplomatura: Licenciatura: FPII:				

Teléfono de consulta: 902 360 309

Para envíos por fax: 91 578 06 44 o por Internet: www.cybercampus.es