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 FARMACÉUTICOS I	F	A	Dª DOLORES FERNÁNDEZ (Dtra. Estudios SIC)
2	DISPENSACIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS II	F	A	Dª DOLORES FERNÁNDEZ (Dtra. Estudios SIC)
3	ELABORACIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS I	F	A	Dª DOLORES FERNÁNDEZ (Dtra. Estudios SIC)
4	ELABORACIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS II	F	A	Dª DOLORES FERNÁNDEZ (Dtra. Estudios SIC)
5	GESTIÓN DE STOCKS Y COMPRAS	F	A	M. DE LA FUENTE e I. NARBAIZA (SIC)
6	CONSEJOS PRÁCTICOS EN DERMOFARMACIA	F	A	E. ALONSO APERTE (Univ. San Pablo CEU)
7	ANÁLISIS CLÍNICOS ELEMENTALES	F	A	Dª DOLORES FERNÁNDEZ (Dtra. Estudios SIC)
8	PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD I	F	A	Dª DOLORES FERNÁNDEZ (Dtra. Estudios SIC)
9	OPTIMIZACIÓN DE ESPACIOS COMERCIALES	F	A	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: _____ 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: _____ 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: ☐ FPII: ☐
Ciclo Grado Superior: ☐ BUP/COU: ☐ Diplomatura: ☐ Licenciatura: ☐

Teléfono de consulta: **902 360 309**
Para envíos por fax: 91 578 06 44 o por Internet: www.cybercampus.es

A los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de carácter persona y demás normativa de desarrollo, los inscritos autorizan la utilización de datos personales contenidos en el presente documento y su tratamiento informático para la gestión de la solicitus a que se refiere el mismo y, en su caso, para la ejecución del Plan Formativo, tanto por parte del solicitante como de la FUNDACIÓN TRIPARTITA PARA LA FORMACIÓN EN EL EMPLEO y el INEM o cualesquiera otras personas o entidades relacionadas con dicho Plan.