

ANEXO I. : FORMULARIO PARA SOLICITUD DE CURSOS

DE: D/D^a

A: Secretaría Plan Nacional de RCP de la SEMICYUC.

Por la presente, el Instructor D/D^a

Centro asociado//Centro Colaborador:

SOLICITA la realización del siguiente curso:

CURSO PRESENCIAL DE SOPORTE VITAL BÁSICO Y DEA	
Fecha celebración del curso:	
Nombre del Lugar de celebración del Curso	
Dirección del lugar de celebración del Curso	
Código Postal y Población	
Número previsto de alumnos:	
¿Acreditado por la Consejería de Sanidad de la comunidad de Madrid?*	Ponga SI o NO
Profesionales sanitarios a los que va dirigido el curso	Solo en caso de solicitar acreditación de formación continuada
Datos DIRECTOR DEL CURSO	
Apellidos y Nombre	
NIF	
Número de Instructor	
Móvil	
Correo electrónico	
Titulación	
Centro de Trabajo	
Cargo Laboral	
Datos PROFESORADO DEL CURSO	
Profesor 1	
Apellidos y Nombre	
NIF	
Número de Instructor	
Móvil	
Correo electrónico	
Titulación	
Centro de Trabajo	
Cargo Laboral	

Titulación	
Profesor 2	
Apellidos y Nombre	
NIF	
Número de Instructor	
Móvil	
Correo electrónico	
Titulación	
Centro de Trabajo	
Cargo Laboral	
Profesor 3	
Apellidos y Nombre	
NIF	
Número de Instructor	
Móvil	
Correo electrónico	
Titulación	
Centro de Trabajo	
Cargo Laboral	
Profesor 4	
Apellidos y Nombre	
NIF	
Número de Instructor	
Móvil	
Correo electrónico	
Titulación	
Centro de Trabajo	
Cargo Laboral	
Profesor 5	
Apellidos y Nombre	
NIF	
Número de Instructor	
Móvil	
Correo electrónico	
Titulación	

Centro de Trabajo	
Cargo Laboral	
Número Manuales SVB y DEA	
Datos para la factura de tasa de gestión Solicitud de acreditación Actividades Formación Continuada de las profesiones sanitarias (30,60 Euros)	Razón Social: CIF: Dirección: Código postal: Población:

* Son Cursos Acreditados por la Comisión de Formación Continuada de la Consejería de Sanidad de Madrid, aquellos dirigidos a personal sanitario postgrado. No se puede acreditar a personal en formación, como los MIR, FIR, etc ni a personal no sanitario.

Fecha y lugar:

Firmado:

MANUAL DE RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR CON DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO

(ISBN. 978-84-941142-3-6)

BOLETÍN DE PEDIDO PARA LA REALIZACIÓN DE CURSOS

Solicitud realizada por:

D/ D^a: _____

LUGAR DE CELEBRACIÓN DEL CURSO: _____

DIRECTOR DEL CURSO: _____

FECHA DE CELEBRACIÓN: _____

Lugar de entrega del material:

EMPRESA / SOCIEDAD O PERSONA: _____

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

CÓDIGO POSTAL Y POBLACIÓN: _____

TELÉFONO: _____ HORARIO DE ENTREGA: _____

Datos para la emisión de factura:

EMPRESA / SOCIEDAD O PERSONA: _____

C.I.F. Ó N.I.F.: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

DIRECCIÓN: _____

CÓDIGO POSTAL: _____ POBLACIÓN: _____

TELÉFONO: _____ PERSONA DE CONTACTO: _____

FORMA DE PAGO DEL MATERIAL A LA RECEPCIÓN DEL MISMO	
TRANSFERENCIA BANCARIA	PNRCP-SEMICYUC. Bankia: ES11 2038 1015 94 6001137301

MANUAL RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR CON DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO

Precio sin IVA	Nº ejemplares	Total sin IVA	4% IVA	Total con IVA
5 €	x	=	+	=

El precio incluye gastos de gestión y envío de la mercancía

EN _____ A DE _____ DE

Firmado:

Si en el plazo de 7 días no ha sido entregado su pedido, rogamos se ponga en contacto con el Plan Nacional de RCP de la SEMICYUC. María Borda tel. 915021213

GUÍA DE SOPORTE VITAL BÁSICO

BOLETÍN DE PEDIDO PARA LA REALIZACIÓN DE CURSOS

Solicitud realizada por:

D/ D^a: _____

LUGAR DE CELEBRACIÓN DEL CURSO: _____

DIRECTOR DEL CURSO: _____

FECHA DE CELEBRACIÓN: _____

Lugar de entrega del material:

EMPRESA / SOCIEDAD O PERSONA: _____

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

CÓDIGO POSTAL Y POBLACIÓN: _____

TELEFONO: _____ HORARIO DE ENTREGA: _____

Datos para la emisión de factura:

EMPRESA / SOCIEDAD O PERSONA: _____

C.I.F. Ó N.I.F.: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

DIRECCIÓN: _____

CÓDIGO POSTAL: _____ POBLACIÓN: _____

TELEFONO: _____ PERSONA DE CONTACTO: _____

FORMA DE PAGO DEL MATERIAL A LA RECEPCIÓN DEL MISMO	
TRANSFERENCIA BANCARIA	PNRCP-SEMICYUC. Bankia: ES11 2038 1015 94 6001137301

GUÍA DE RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA

Precio sin IVA		Nºejemplares		Total sin IVA		21% IVA		Total con IVA
0,86€	x		=		+		=	

EN _____, A DE _____ DE

Firmado:

Si en el plazo de 7 días no ha sido entregado su pedido, rogamos se ponga en contacto con María Borda. Teléfono 915021213.