

## ANEXO I.FORMULARIO PARA SOLICITUD CURSO SOPORTE VITAL AVANZADO

DE: Dr.

A: Secretaría Plan Nacional de RCP de la SEMICYUC.

Por la presente, el Dr.

SOLICITA la realización del siguiente curso:

CURSO SOPORTE VITAL AVANZADO	
Fecha de la FASE PRESENCIAL del curso:	
¿Acreditado por Formación continuada de la Consejería de Sanidad comunidad de Madrid?*	<b>Ponga Si/No</b>
Profesionales sanitarios a los que va dirigido el curso: (MEDICINA-ENFERMERÍA)	
Número previsto de alumnos:	
Lugar de celebración del curso: Especificar nombre, tipo de vía, nombre de la vía, código postal y población	
Dirección del lugar de celebración del curso:	
Código postal y población del curso:	
Datos DIRECTOR DEL CURSO	
Apellidos y nombre	
NIF	
Nº de Instructor	
Móvil	
Correo electrónico	
Titulación académica	
Centro de trabajo	
Cargo laboral	
Datos PROFESORADO DEL CURSO	
PROFESOR 1	
Apellidos y nombre	
NIF	
Nº de Instructor	
Móvil	
Correo electrónico	
Titulación académica	

Centro de trabajo	
Cargo laboral	
<b>PROFESOR 2</b>	
Apellidos y nombre	
NIF	
Nº de Instructor	
Móvil	
Correo electrónico	
Titulación académica	
Centro de trabajo	
Cargo laboral	
<b>PROFESOR 3</b>	
Apellidos y nombre PROFESOR 3	
NIF	
Nº de Instructor	
Móvil	
Correo electrónico	
Titulación académica	
Centro de trabajo	
Cargo laboral	
<b>PROFESOR 4</b>	
Apellidos y nombre	
NIF	
Nº de Instructor	
Móvil	
Correo electrónico	
Titulación académica	
Centro de trabajo	
Cargo laboral	
<b>PROFESOR CANDIDATO A INSTRUCTOR</b>	
Apellidos y nombre	

<b>NIF</b>	
<b>Nº de Instructor</b>	
<b>Móvil</b>	
<b>Correo electrónico</b>	
<b>Titulación académica</b>	
<b>Centro de trabajo</b>	
<b>Cargo laboral</b>	
<b>PROFESOR CANDIDATO A INSTRUCTOR</b>	
<b>Apellidos y nombre</b>	
<b>NIF</b>	
<b>Nº de Instructor</b>	
<b>Móvil</b>	
<b>Correo electrónico</b>	
<b>Titulación académica</b>	
<b>Centro de trabajo</b>	
<b>Cargo laboral</b>	
<b>Nº de manuales Soporte Vital AVANZADO</b>	
<b>Datos para la factura de tasa de gestión Solicitud de acreditación Actividades Formación Continuada de las profesiones sanitarias (30,60 Euros)</b>	<b>Razón Social:</b> <b>CIF:</b> <b>Dirección:</b> <b>Código postal:</b> <b>Población:</b>

\* Son Cursos Acreditados por la Comisión de Formación Continuada 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 SOPORTE VITAL AVANZADO

(ISBN. 9789492543226)

BOLETÍN DE PEDIDO PARA LA REALIZACIÓN DE CURSOS

## Solicitud realizada por:

D/ D<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_

LUGAR DE CELEBRACIÓN DEL CURSO: \_\_\_\_\_

DIRECTOR DEL CURSO: \_\_\_\_\_

FECHA DE CELEBRACIÓN: \_\_\_\_\_

## Lugar de entrega del material:

EMPRESA / SOCIEDAD O PERSONA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

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 DE SOPORTE VITAL AVANZADO

Precio sin IVA		Nºejemplares		Total sin IVA		4% IVA		Total con IVA	
45 €	x		=		+		=		

El precio incluye gastos de gestión y envío de la mercancía

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de

Firmado:

Si en el plazo de 72 horas no ha sido entregado su pedido, rogamos se ponga en contacto con la secretaria del Plan Nacional de RCP. Teléfono 915021213