

ANEXO I.FORMULARIO PARA SOLICITUD CURSO SOPORTE VITAL INMEDIATO

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 INMEDIATO	
Fecha de la FASE ON LINE del curso:	
Fecha de la FASE PRESENCIAL del curso:	
¿Acreditado por Formación continuada de la Consejería de Sanidad comunidad de Madrid?*	Ponga Si/No
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	
PROFESOR 2	
Apellidos y nombre	
NIF	
Nº de Instructor	
Móvil	
Correo electrónico	
Titulación académica	
Centro de trabajo	
Cargo laboral	
PROFESOR 3	
Apellidos y nombre PROFESOR 3	
NIF	
Nº de Instructor	
Móvil	
Correo electrónico	
Titulación académica	
Centro de trabajo	
Cargo laboral	
PROFESOR 4	
Apellidos y nombre	
NIF	
Nº de Instructor	
Móvil	
Correo electrónico	
Titulación académica	
Centro de trabajo	
Cargo laboral	
PROFESOR CANDIDATO A INSTRUCTOR	
Apellidos y nombre	

NIF	
Nº de Instructor	
Móvil	
Correo electrónico	
Titulación académica	
Centro de trabajo	
Cargo laboral	
PROFESOR CANDIDATO A INSTRUCTOR	
Apellidos y nombre	
NIF	
Nº de Instructor	
Móvil	
Correo electrónico	
Titulación académica	
Centro de trabajo	
Cargo laboral	
Nº de manuales Soporte Vital inmediato	
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 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 INMEDIATO

(ISBN.9789492543066)

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: _____

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

MANUAL DE SOPORTE VITAL INMEDIATO

Precio sin IVA		Nºejemplares		Total sin IVA		4% IVA		Total con IVA	
15 €	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 secretaría del Plan Nacional de RCP. Teléfono 915021213