



(Completar por el interesado)

N° Inscripto: _____

| | | |
|-----------------------|-----------------|-----------------|
| Nombre y Apellido: | | |
| M. P. N°: | D.N.I. N° | |
| Dom.: | Loc. | |
| Tel.: | Cel.: | |
| E-mail: | | |
| Dom. Profesional: | | |
| Seg. Mala Praxis: | Póliza: | Vto: |
| Inscripción Curso: | Especialidad: | |
| Dictante: Dr/a. | | |
| Duración: sesiones | Desde / / | hasta / / |

Declaro conocer y aceptar las condiciones generales y particulares del curso al cual me inscribo, como así también la reglamentación general de organización y funcionamiento de las actividades científicas y académicas en los colegios de odontólogos. En particular lo prescripto en los ART 8 y 9 de la citada reglamentación, que se encuentran publicados en la página Web de este colegio (<http://www.colodon1.org.ar/>).

(completar por personal de escuela)

Valor anual del curso: \$.....

Formas de pago:

- Contado la totalidad del curso (sin devolución)
- Con tarjeta de crédito: de todos los bancos (Visa-Master) sobre la totalidad del curso:
- Cuotas mensuales (___cuotas).*

*Vencimiento al 30 de cada mes. Falta de pago de 2 cuotas consecutivas pierde calidad de cursante. En caso de dejar de concurrir al curso, deberá abonar hasta el momento de producirse la baja. (Debe llenar planilla de baja para cancelar las cuotas y no generar deuda).

Fecha: __/__/____

Firma:.....