**DIPLOMADO**

**AYUDANTE EN CIRUGIA LAPAROSCOPICA GINECOLOGICA**

**FORMULARIO DE INSCRIPCION**

Diligenciar y enviar a:

[albamon@hotmail.com](mailto:albamon@hotmail.com) con copia a: asistentesedenorte.dramondragon@gmail.com, adjuntar copia de recibo de consignación y anexos solicitados.

**Nombres:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Teléfono fijo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Teléfono celular - WhatsApp: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Universidad que otorgo Grado:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Realizar consignación en:

Cuenta Corriente ITAU No. 317006211

Cuenta Corriente BBVA NO.668008394

Escuela Latinoamericana de Educación Medica SAS o ELEMES NIT. No. 9009932176

**Consentimiento:** me permito manifestar mi voluntad de participar en el Diplomado Ayudante en Cirugía Laparoscópica Ginecológica, acepto las condiciones del mismo, estoy en condiciones de asistir a las actividades teóricas y prácticas planeadas y acepto cancelar el valor del curso propuesto el cual no será reembolsado en caso de inasistencia o no aprobación del mismo.

**Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ID.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Anexos:** Fotocopia de la cedula, Diploma de Médico General y copia de la consignación o transferencia.