



Centro Policlínico Quirúrgico

CURSO DE CONTROL DE LA VIA AEREA PARA ENFERMERIA

BOLETIN DE INSCRIPCIÓN

Nombre: _____ Apellidos: _____ DNI _____

Dirección: _____

Nº _____ Piso _____ Pta _____ Código Postal _____

Ciudad _____ Teléfono (**obligatorio**) _____

Centro de trabajo: _____

Actividad habitual (urgencias, UCI/REA, Hospitalización, Quirófano,.....) _____

E-mail (**obligatorio**): _____

Solicita su inscripción al Curso de Control de la Vía Aérea para Enfermería

Firma Solicitante

✂
.....



Centro Policlínico Quirúrgico

CURSO DE CONTROL DE LA VIA AEREA PARA ENFERMERIA

RESGUARDO DE INSCRIPCIÓN

Nombre: _____ Apellidos: _____ DNI _____

Dirección: _____

Nº _____ Piso _____ Pta _____ Código Postal _____

Ciudad _____ Teléfono (**obligatorio**) _____

Centro de trabajo: _____

Actividad habitual (urgencias, UCI/REA, Hospitalización, Quirófano,.....) _____

E-mail (**obligatorio**): _____

Firma Recibido