



IMPRESO PETICIÓN CURSO

Nombre*:

Apellidos*:

DNI*:

- Letra:

Señale si no tiene DNI:

(En caso de no disponer de DNI, indique la tarjeta de residencia o el pasaporte)

Tarjeta Residencia*: X-

Pasaporte*:

Dirección*:

Teléfono*:

Población*:

CP*:

Código lugar:

Provincia*:

País*:

Email*:

*Datos de cumplimentación obligatoria

<u>CURSO</u>	<u>CON TEMARIOS</u>	<u>*SIN TEMARIOS</u>	<u>CON TEMARIOS AFILIADO</u>	<u>*SIN TEMARIOS AFILIADO</u>
AUXILIAR DE ENFERMERIA	145,00 €	80,00 €	109,00 €	60,00 €
ENFERMEROS	240,00 €	100,00 €	180,00 €	75,00 €
FISIOTERAPEUTAS	190,00 €	75,00 €	142,50 €	56,25 €

ENVIAR A: mamartinez@mad.es

***OBS:** La opción curso sin libro es solo para aquellos afiliados que hayan comprado con anterioridad los Temarios.