



REPÚBLICA DE COLOMBIA
COLEGIO COLOMBIANO DE INSTRUMENTACION QUIRURGICA
“COLDINSQUI”
BOGOTA D.C.

EDUCACIÓN CONTINUADA PARA EL TALENTO HUMANO EN SALUD

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN – REGISTRATION FORM.

FECHA /DATE: _____

PROGRAMA AL QUE SE INSCRIBE (COURSE): _____

NOMBRES (FIRST NAME): _____

APELLIDOS (LAST NAME): _____

NUMERO DE IDENTIFICACION (IDENTIFICATION NUMBER): _____

PAÍS (COUNTRY): _____ CIUDAD (CITY): _____

DIRECCIÓN (ADDRESS): _____

TELÉFONO MÓVIL: (CELLPHONE): _____

CORREO ELECTRÓNICO (E-MAIL): _____

CATEGORÍA (CATEGORY): _____

PRE-COLEGIADO: COLEGIADO: NO COLEGIADO/ OTRO PROFESIONAL:

OCUPACIÓN (OCCUPATION): _____

TÍTULO DE PREGRADO
(TITLE UNDERGRATE): _____

FORMA DE PAGO (WAY TO PAY) _____

INFORMACION BANCARIA: CUENTA DE RECAUDO DE AV VILLAS A NOMBRE DE COLDINSQUI
No 016203812
Ref 1: número de documento de identificación
Ref 2: 02

Enviar en formato PDF a educacioncontinua@coldinsqui.org