

# JORNADAS Farmacéuticas

37° Jornadas Nacionales de Seguridad Social Farmacéutica  
35° Encuentro Educativo de Cooperativas Farmacéuticas

## FICHA DE INSCRIPCIÓN

-Para realizar la inscripción, leé la ficha detenidamente y completala en letra imprenta. Los comprobantes de pago deberán enviarse junto con la ficha de inscripción a: [secretaria@cafar.org.ar](mailto:secretaria@cafar.org.ar)  
-NH Gran Hotel Provincial (Av. Patricio Peralta Ramos 2502) - Tel: 0223 4995955

## TITULAR

NOMBRE Y APELLIDO\*

.....

ACTIVIDAD QUE DESEMPEÑA\*

.....

DOMICILIO

.....

E-MAIL\*

.....

Indicá a que e-mail deseás que te llegue el Diploma\*

.....

MATRÍCULA\*

.....

PROFESION\*

.....

LOCALIDAD

.....

CELULAR\*

.....

\*Completar obligatoriamente

## PERSONAS QUE ACOMPAÑAN AL TITULAR

NOMBRE Y APELLIDO

.....

.....

.....

## HABITACIONES COMPARTIDAS

NOMBRE Y APELLIDO

.....

.....

.....

## VALOR DE LA INSCRIPCIÓN

Con Alojamiento titular y acompañante  
en NH Gran Hotel Provincial (incluye valor cena)  
Por persona ..... \$ 75.000

Sin Alojamiento  
(incluye valor cena)  
Por persona ..... \$ 35.000

Menores  
de 3 a 10 años  
Por persona ..... \$ 37.500

Menú especial SI  NO  Aclarar .....

## FORMAS DE PAGO

### 1- CONTADO

Efectivo  Transferencia  Tarjeta de Débito  Tarjeta de Crédito (1 pago)

### 2- FINANCIADO HASTA 3 CUOTAS SIN INTERÉS

Tarjeta de Crédito