

FORMULARIO INSCRIPCIÓN

Remitir por email a veterinari@covib.org

DATOS CURSO	
Título del Curso	Cursos de Formación Continuada para Auxiliares clínicos veterinarios
Ciudad	Palma de Mallorca
Fechas	27/03;24/04; 29/05; 03/07; 04/09; 09/10; 13/11

DATOS VETERINARIO	
Apellidos	
Nombre	
NIF	
Nº de colegiado/ Colegio	
Dirección Postal	
Población	
Código Postal	
Provincia	
Teléfono/s de contacto	
E-mail	

DATOS ACV	
Apellidos	
Nombre	
NIF	
Dirección Postal	
Población	
Código Postal	
Provincia	
Teléfono/s de contacto	
E-mail	

DATOS FACTURACIÓN	A RELLENAR SI DESEA FACTURA DEL CURSO
Razón Social	
CIF	
Dirección Postal	
Población	
Código Postal	
Provincia	
Teléfono/s de contacto	
E-mail	



MATRÍCULA	
CURSO COMPLETO (450€)	
SESIÓN INDIVIDUAL (70€/sesión)	

Firma Veterinario

Firma ATV