

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Técnicas de Infiltración

Odontología y Ácido Hialurónico

Dr. / Dra. _____ Dr. / Dra. _____
Número de colegiado: _____ Número de colegiado: _____
Teléfono de contacto: _____ Teléfono de contacto: _____
E-mail: _____ E-mail: _____
Dirección: _____ Dirección: _____
Población: _____ C.P.: _____ Población: _____ C.P.: _____
Auxiliar - Nombre y Apellidos: _____

Sin cargo. Es mi paciente Con cargo. No será paciente. Importe 240€

Les confirmo mi deseo de reservar plaza para el curso marcado

“Rellenos de ácido hialurónico, técnicas de infiltración”

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sábado 22 de Febrero Madrid | <input type="checkbox"/> Sábado 25 de Abril Barcelona |
| <input type="checkbox"/> Sábado 29 de Febrero Barcelona | <input type="checkbox"/> Sábado 13 de Junio Madrid |
| <input type="checkbox"/> Sábado 28 de Marzo Madrid | <input type="checkbox"/> Sábado 20 de Junio Barcelona |

Modalidad

- Doctor / Doctora SIN PACIENTES 340 €
 Doctor / Doctora CON UN PACIENTE 530 €
 Doctor / Doctora CON DOS PACIENTES 720 €

Los precios incluyen la totalidad del ácido hialurónico necesario para cualquier tratamiento en el tercio inferior del rostro. Asimismo, productos anestésicos, guantes y material desinfectante.

Facturar a _____ N.I.F. _____
Clínica / Doctor: _____
Dirección: _____
Población: _____ C.P.: _____
Teléfono: _____ E-mail: _____

Forma de pago: **Prepago contra factura proforma**
Contacto: **José Manuel Navarro (653 851 882)**