

Formulario de Inscripción

Nombre e Inicial		Apellido Paterno		Apellido Materno	
Profesión/Ocupación				Núm. de Licencia	
Dirección Postal (urbanización, condominio o apartado)					
Ciudad		País		Código Postal	
Teléfono principal		Teléfono secundario		Contacto en caso de emergencia	
Lugar de Trabajo (Agencia y puesto)			Correo electrónico		
Cursos en los que desea matricularse			Fecha (MM/DD/YY)	Costo	
				\$	
				\$	
				\$	
				\$	
Formas de Pago (En la Oficina)			Forma de Pago (Tarjeta de crédito)		
<input type="checkbox"/> Giro a nombre de Universidad de Puerto Rico Traer personalmente a la DECEP. Oficina 254, Escuela de Farmacia UPR-RCM o enviar junto con este documento a: Universidad de Puerto Rico – Recinto de Ciencias Médicas Escuela de Farmacia, División de Educación Continua PO Box 365067 San Juan, PR 00936-5067			Autorizo a la Oficina de Recaudaciones de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas a cargar los costos de matrícula de la División de Educación Continua y Estudios Profesionales de la Escuela de Farmacia a mi tarjeta de crédito: <input type="checkbox"/> AMEX <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> Visa		
Forma de Pago (Giro postal)			Número de tarjeta		
<input type="checkbox"/> ATH <input type="checkbox"/> Efectivo Debe pasar personalmente por la DECEP. Oficina 254, Escuela de Farmacia UPR					
			Fecha de expiración (MM/YY)	Cantidad total a ser debitada	
				\$	
Firma Autorizada					
Complete este formulario y envíelo vía facsímile al 787-758-5875 o por correo electrónico a decep_farmacia.rcm@upr.edu .					

Información General

Política de Cancelación

1. La DECEP-Farmacia se reserva el derecho de cancelar o posponer cursos.
2. Se reembolsará el 100% del costo total de la matrícula únicamente para las actividades educativas canceladas por la DECEP-Farmacia.
3. Si el participante cancela su asistencia siete (7) días laborables antes del ofrecimiento del curso, se adjudicará un crédito para ser utilizado en cualquier actividad educativa en un período de seis meses.
4. Si el participante cancela seis (6) días o menos antes del ofrecimiento del curso, no se realizará reembolso ni crédito por la misma.
5. La matrícula no es transferible.

Normas y Procedimientos

1. Solo se permitirá la entrada a personas matriculadas.
2. Es requisito mostrar identificación con foto y firmar el registro de asistencia.
3. El registro comienza treinta (30) minutos antes de la actividad.
4. El participante recibirá un certificado de educación continua al finalizar la actividad únicamente, siempre y cuando cumpla con el 100% de las horas de asistencia. Si el participante no completa la totalidad de las horas del curso, se proveerá una carta indicando el total de horas completadas y el participante deberá completar los documentos requeridos para el curso (hoja de evaluación, pre y post prueba, entre otros)
5. Todo participante que se retire antes de la hora establecida de la actividad, debe notificarlo al recurso o al personal de la DECEP-Farmacia al momento.
6. La DECEP-Farmacia no repondrá horas contacto por ausencias o tardanzas.
7. Se emitirá un solo certificado por actividad. Los certificados emitidos a aquellos participantes que cuenten con más de una licencia profesional tendrán un costo adicional de \$15.00.
8. Se utilizará para los certificados el nombre de participante indicado en el Formulario de Inscripción. Toda corrección posterior a un certificado emitido conforme a la información en dicho Formulario tendrá un costo de \$10.00.
9. El participante podrá solicitar un duplicado de certificado por la cantidad de \$10.00 cada uno. El mismo estará disponible diez (10) días laborables luego de haber recibido la solicitud.
10. Por razones de seguridad, no se permiten menores de edad y acompañantes en la actividad.
11. El uso del celular e ingerir alimentos no está permitido dentro de los salones.
12. Toda conducta violenta, irrespetuosa o la utilización de lenguaje soez en la Escuela de Farmacia será causa para cancelar la participación del solicitante sin derecho a reembolso.

Al firmar este documento, acepto la Política de Cancelación y las Normas y Procedimientos de la División de Educación Continua y Estudios Profesionales de la Escuela de Farmacia de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas.

Nombre y firma de participante

Fecha