**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: | |
| Rut: | |
| Profesión: | |
| Dirección: | |
| Cuidad: | |
| Región: | |
| Pais: | |
| Lugar de Trabajo: | |
| Celular: | Telefono: |
| Email: | |

\*Por favor indique su profesión y adjunte una copia de su licencia o certificado de la superintendencia con su formulario de registro.

**COSTO DEL CURSO:**

CLP$120.000.-

Dólares:$150.-

Para reservar el cupo se deberá realizar el pago de $40.000.-

Transferir a:

* American Medicine Group
* Banco de Chile, Cuenta Corriente: 00 -159-41153-10
* Rut: 76694697-6
* Mail: info@med-academy.org

Formas de pago: transferencia bancaria.

Pago con tarjetas bancarias en el siguiente link: <https://bit.ly/2XQ88FB>

**POLITICAS DE REEMBOLSO:**

- En caso de cancelación o cambio de fecha del curso se reembolsará la totalidad del valor cancelado por el alumno en un plazo de 5 días hábiles.

- Si el participante desea cancelar su participación, el pago inicial de $40.000 y el pago del curso será totalmente rembolsable hasta 20 días antes de la fecha de inicio de las clases.

- Si la cancelación se realiza con menos de 20 días del curso, el abono inicial de $40.000 no será reembolsable, el pago restante se reembolsará en su totalidad.