

**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:**

* $ 120.000.-

Para reservar el cupo se deberá realizar el pago de $40.000. El saldo de $80.000 debe cancelarse 3 días antes de la fecha de inicio del curso.

Transferir a:

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

Pago online con webpay a través del siguiente link: <https://bit.ly/2D1Rtah>

**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.

- Para reservar cupo se debe realizar una transferencia de $40.000, el saldo de $80.000 debe cancelarse 3 días antes de la fecha de inicio del curso.

- Para hacer efectiva la reserva debe enviarnos su ficha de inscripción, certificado de título kinesiólogo o de la superintendencia a [info@med-academy.org](mailto:info@med-academy.org)

- En caso de cancelación o cambio de fecha del curso se le reembolsará el 100% del dinero.

- Si usted cancela su participación en el curso con más de 7 días antes de su inicio se reembolsará lo cancelado en un 100%.

- Si usted cancela su participación en el curso con menos de 7 días antes de su inicio se reembolsará lo cancelado menos los $40.000.- de la reserva.