

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

|  |
| --- |
| Nombre:  |
| Rut: |
| Profesión:  |
| Dirección:  |
| Cuidad:  |
| Región:  |
| Pais: |
| Lugar de Trabajo:  |
| Dirección:  |
| Cuidad:  |
| Región:  |
| 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:**

Dólares $90

CLP $75.000.-

Transferir a:

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

Pago online con webpay a través del siguiente link:   <https://bit.ly/2WbakI3>

**POLITICAS DE REEMBOLSO:**

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

- Si el participante desea cancelar su participación debe dar aviso con 5 días hábiles de anticipación y se le reembolsará la totalidad del dinero pagado.

- Si el alumno cancela su participación en un plazo menor a 5 días hábiles antes del inicio del curso, se le reembolsará el 50% del dinero pagado.

- Para solicitar la devolución del dinero el alumno debe enviar un mail con sus datos bancarios.

- Si el alumno realizó el pago con transferencia bancaria o tarjeta débito el dinero se devolverá en 5 días hábiles.

- Si el alumno realizó el pago con tarjeta de crédito Medacademy solicita anulación de la compra a través de una nota crédito a transbank y esta institución será la encargada de devolver el dinero.