

## Formulario de Inscripción

Complete este formulario con su nombre y profesión, tal cual desea aparezca en el certificado de educación continua.

<b>Nombre e Inicial</b>		<b>Apellido Paterno</b>		<b>Apellido Materno</b>	
<b>Profesión/Ocupación</b>		<b>Núm. de Licencia</b>		<b>Lugar de Empleo (Agencia y puesto)</b>	
<b>Dirección Postal (urbanización, condominio o apartado)</b>					
<b>Pueblo</b>		<b>País</b>		<b>Código Postal</b>	<b>Correo Electrónico</b>
<b>Teléfono principal</b>		<b>Teléfono secundario</b>		<b>Contacto de emergencia (Nombre y contacto)</b>	
<b>Cursos en los que desea matricularse</b>				<b>Fecha (MM/DD/YY)</b>	<b>Costo</b>
1.					\$
2.					\$
3.					\$
4.					\$
5.					\$
6.					\$
7.					\$
8.					\$
<b>Formas de Pago (Giro Postal)</b>			<b>Forma de Pago (Tarjeta de crédito)</b>		
<input type="checkbox"/> Giro a nombre de <b>Universidad de Puerto Rico</b> <b>Traer personalmente</b> a la DECEP. Oficina 256, Nivel Plaza, Escuela de Farmacia UPR-RCM o <b>Enviar por correo</b> 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		
<b>Forma de Pago (Otros)</b>			<b>Número de tarjeta</b>		
<input type="checkbox"/> ATH <input type="checkbox"/> Efectivo Debe pasar <b>personalmente</b> por la DECEP. Oficina 256, Nivel Plaza, Escuela de Farmacia UPR (Verificar previamente si hay personal disponible para recibir el pago)			<b>Fecha de expiración (MM/YY)</b>	<b>Cantidad a ser debitada</b>	<b>Firma de Autorización</b>
				\$	
Complete este formulario y envíelo vía facsímil al 787-758-5875 o por correo electrónico a <a href="mailto:decep_farmacia.rcm@upr.edu">decep_farmacia.rcm@upr.edu</a>					

## Información General

Lea cuidadosamente la siguiente información y firme la hoja al final.

Solo es necesaria la firma de esta hoja una vez al año.

### 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. Los reembolsos se emiten mediante cheque y toma alrededor de un mes prepararlo luego de solicitar el reembolso.
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 hasta el 30 de junio del año fiscal corriente.
4. Si el participante no cancela, o no cancela con el tiempo suficiente antes del curso, no se realizará reembolso ni crédito por el mismo.
5. La matrícula no es transferible.

### Normas y Procedimientos

1. Solo se permitirá la entrada a personas matriculadas.
2. Es requisito firmar el registro de asistencia y mostrar identificación con foto de ser requerido.
3. El registro comienza treinta (30) minutos antes de la actividad.
4. El participante recibirá un certificado de educación continua 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 sin supervisar en los predios del Recinto de Ciencias Médicas.
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