**Trastornos de ansiedad**

**Evaluación psicológica y estrategias de intervención**

**Ficha de Inscripción**

La **Sociedad Argentina de Medicina del Estrés** le da la bienvenida y le solicita que complete los siguientes datos para proceder a realizar su inscripción al curso:

**Datos personales**

Apellidos:

Nombres:

DNI (verifique que está correctamente escrito, será su usuario del campus):

Fecha de nacimiento:

Nacionalidad:

Celular:

Correo electrónico:

Dirección:

Localidad:

Código Postal:

Provincia:

País:

**Datos profesionales**

Profesión:

Especialidad:

Si es estudiante avanzado mencione la carrera:

Lugar de trabajo:

Puesto que desempeña:

**Información adicional**

Es socio SAMES:

¿Cómo se enteró del curso?:

¿Por qué está interesado en realizar este curso?:

¿Ha realizado otros cursos en SAMES?:

¿Cuáles?:

Al terminar, por favor cerciórese que completó todos los datos solicitados, chequee que los mismos sean correctos y no contengan errores ya que con los datos provistos se expedirá su certificado y recuerde que la información brindada tiene carácter de declaración jurada.

Para culminar el proceso de inscripción deberá enviar esta ficha junto con el comprobante de pago a: [**samescursos@gmail.com**](mailto:samescursos@gmail.com) **,** colocando en el Asunto del mail: **“Pago de inscripción”.**

¡Muchas Gracias!

**IMPORTANTE:** si otra persona va a realizar la transferencia bancaria por Ud., le pedimos que nos indique los siguientes datos de esa persona, para poder identificar el pago con mayor facilidad:

*La persona que realizará la transferencia bancaria será:*

* *Nombre y apellido:*
* *DNI:*