

Horario: 10:00 a 14:00 y de 15:00 a 19:00

Formulario de Inscripción

(Los datos señalados con * son de cumplimentación obligatoria)

1.- Datos del Solicitante

*Nombre						
*Apellidos						
Dirección						
Localidad				C.P.		
*Teléfono		Fax		*e-mail		
*Titulación (marcar x)	Oftalmólogo		Óptico-Optometrista			
	Terapeuta		ATS			
	Otros (indicar)					
Datos para facturación	Nombre Óptica			NIF/CIF		
	Dirección					

2. – Inscripción de Curso:

SI	CURSO	FECHA	PRECIO
<input type="checkbox"/>	1.- Conceptos básicos y protocolo de atención en Baja Visión.	22/05/2017	
<input type="checkbox"/>	2.- Prescripción de Ayudas Ópticas I y Ayudas Electrónicas.	23/05/2017	
<input type="checkbox"/>	3.- Prescripción de Ayudas Ópticas II .	24/05/2017	
<input type="checkbox"/>	4.- Casos reales con pacientes y prácticas de prescripción (Experiencia en Gabinete).	25/05/2017	
<input type="checkbox"/>	5.- Prescripción de telemicroscopios para cirujanos y odontólogos.	26/05/2017	
<input type="checkbox"/>	6.- Aspectos psicológicos y entrenamiento para el mejor aprovechamiento del resto visual y la correcta utilización de las ayudas prescritas I.	29/05/2017	
<input type="checkbox"/>	7.- Entrenamiento para el mejor aprovechamiento del resto visual y la correcta utilización de las ayudas prescritas II.	30/05/2017	
<input type="checkbox"/>	8.- Adiestramiento sensorial y entrenamiento de actividades para la vida diaria.	31/05/2017	
<input type="checkbox"/>	9.- Técnicas de desplazamiento y su entrenamiento con ayudas ópticas.	01/06/2017	
<input type="checkbox"/>	10.- Movilidad y orientación: técnicas guía y uso de bastón.	02/06/2017	
		TOTAL	

Importe: Curso Unitario 220€ / Programa Completo 1.800€

3.- Forma de Pago

Señalar con x lo que proceda

Adjunto comprobante de ingreso en la cuenta de AVS, S.A. Datos de transferencia internacional: 1-Nombre del Banco: La Caixa 2-Número de cuenta – IBAN ES 37 2100 2212 3702 0014 8654 3-Dirección del Banco: José Abascal, 14 – 28003 Madrid 4-Dirección del Beneficiario: Calle Ponzano 25. 28003 Madrid - España 5-Swift : CAIXESBBXXX 6- Nombre del Beneficiario: Ayudas para la Visión Subnormal S.A	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Imprimir y enviar por correo a formacion@baja-vision.com o por fax al número +34 91 399 43 57

C/ Ponzano 25, 28003 Madrid, a la atención de Yaniuska Contreras.

Organizan: