

**SOLICITUD CURSO DE RENAL**

**NOMBRE Y APELLIDOS:**

**DNI:**

**Nº DE COLEGIADO (EN CASO DE SERLO):**

**PRECOLEGIADO:**

**DIPLOMADO/GRADUADO EN NUTRICIÓN HUMANA Y DIETÉTICA:**

**OTRAS CATEGIRÍAS SANITARIAS:**

**TARIFAS:**

* + Colegiados :20 Euros
  + Dietistas-Nutricionistas no colegiados: 30 Euros
  + Alumnos del grado: 15 Euros
  + Precolegiados: 10 Euros
  + Otros profesionales sanitarios: 40 Euros

**REALIZAR INGRESO EN LA SIGUIENTE CUENTA:**

**Entidad bancaria: Banco Sabadell**

**IBAN / BIC: ES36 0081 1016 1300 0148 7057 / BSAB ESBB**

***Nota importante: tras realizar ingreso adjuntar el justificante a*** [***tesorero@codinmur.es***](mailto:tesorero@codinmur.es) ***con el cuerpo del mensaje “curso patología renal”***