



LEY 27918

REQUISITOS DE RECARNETIZACIÓN

Apellidos y Nombres:

No. De Registro Profesional:

No. De DNI:

Grupo Sanguíneo:

Teléfono:

Dirección:

E-mail:

Lugar de Trabajo:

Fecha de Nacimiento:

Derecho de Pago:

Fecha de egresado:

Fecha de titulación:

Fotografía reciente Tamaño Pasaporte formato JPEG

DERECHO DE PAGO POR CARNET S/40.00

Depósito a Banco de Crédito del Perú (BCP), cuenta No. **192-2903235005**

Centro Comercial San Felipe Of. 50_Jesus María- Lima
A nombre de la Lic. Artica Latorre Desire Ninoska

ENVIAR REQUISITOS Y CAPTURA O FOTOGRAFÍA DE SU VOUCHER AL CORREO: ctsp.aqp@hotmail.com