



BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

I Sesión de Casos Clínicos en EAS

Nombre*.....

Apellidos*.....

NIF*.....

Hospital*.....

Servicio*.....

Dirección Particular * :

Ciudad*.....Provincia*.....C.P*.....

Tel.:.....Móvil:.....

Correo electrónico*.....

* Toda la información señalada con (*) es imprescindible para la inscripción. Si falta algún dato señalado con (*) no se podrá validar la inscripción. Si el inscrito desea confirmación de la inscripción, debe poner su mail.

PRECIO DE INSCRIPCIÓN

• Inscripción gratuita

Si desea inscribirse a la I Sesión de Casos Clínicos en EAS, por favor enviar este formulario relleno a: congresos@shmedical.es

ENVIO DE CASOS CLINICOS: jcanora.hflr@salud.madrid.org