



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN – CONGRESO 2018



Nombre y Apellido: _____

Documento: _____ C.I. D.N.I. Pasaporte Otro

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____

Ciudad: _____ País: _____

Teléfono: _____ E- Mail: _____

Categoría: ___ Profesional
___ Profesional socio de SMV-SUVEPA
___ Estudiante
___ Acompañante

Marca tres talleres de tu elección:

- _____ Traumatología.
- _____ Próstata.
- _____ Dermatología.
- _____ Neurología.
- _____ Medicina Felina.
- _____ Exóticos.
- _____ Citología.
- _____ Cirugía.
- _____ Imagenología.
- _____ Fisiatría.
- _____ Anestesia.

(Cada inscripto realizará dos talleres , matutino y vespertino .La tercera opción es solicitada para ser utilizada en caso de falta de cupos, estos serán completados estrictamente por orden de inscripción.)

COMPROBANTE PARA EL CONGRESISTA

Nombre y Apellido: _____

Documento: _____ C.I. D.N.I. Pasaporte Otro

Profesional _____ Estudiante _____ Acompañante _____

Recibido por: _____ Firma: _____