

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN: Curso Medicina Oral

Nombre y apellidos

Dirección.....CP.....

Ciudad y provincia

Tfno.:..... DNI

Colegiado, N° Colegiado..... No colegiado Estudiante

FORMALIZACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN: Enviar este boletín debidamente rellenado, junto con la fotocopia del resguardo del ingreso o transferencia bancaria