CURSO ANUAL DE CIRUGÍA DEL TRAUMA
AÑO 2012 SEDE VIRTUAL

APELLIDO:_____

NOMBRES:_____

DOMICILIO:_____

_____C.P.:_____

LOCALIDAD:_____ PROVINCIA:_____

TEL.:_____ CEL.:_____

E-MAIL:_____

GRADUADO EN: _____

AÑO DE EGRESO:_____ MAT. NAC.:_____ MAT. PROV.: _____

DNI / CI Nº:_____ CUIT:_____

FECHA DE NACIMIENTO:_____/_____/_____

HOSPITAL DONDE ACTÚA:_____

CARGO QUE DESEMPEÑA:_____

DOMICILIO:_____

_____ C.P.:_____

LOCALIDAD:_____ PROVINCIA:_____

TEL.:_____

SEDE:_____

_____
FIRMA

FECHA:_____/_____/_____

P/D: adjuntar fotocopia del Título de médico

Marcelo T. de Alvear 2415 (1122) Capital Federal | Argentina | Tel: [5411] 4822-6489/2905 | 4825-3649 | Fax: [5411] 4822-6458
e-mail: info@aac.org.ar | Sitio web: www.aac.org.ar