



ILUSTRE  
COLEGIO OFICIAL DE  
MÉDICOS DE CÁCERES

## BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN:

Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_

nº Colegiado \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ C. Postal \_\_\_\_\_

Teléfono móvil \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Centro de Trabajo \_\_\_\_\_

Nombre del curso \_\_\_\_\_

Enviar boletín de inscripción:

E-mail: [escuelamedica@comeca.org](mailto:escuelamedica@comeca.org) [luisa@comeca.org](mailto:luisa@comeca.org)

Solicitada Acreditación a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Extremadura.

Solicitada Acreditación del Consejo Profesional Médico Español de Acreditación para DPC/FMC (SEAFORMEC).

Organiza:

