



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 _____

Organiza:



Fundación del Ilustre Colegio Oficial de la Profesión Médica de Cáceres

Enviar boletín de inscripción:

E-mail: escuelamedica@comeca.org luisa@comeca.org