



III JORNADA

Cirugía Artroscópica de Muñeca



BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

ASISTENTE

Apellidos _____ Nombre _____

NIF _____ Tel. móvil _____

Domicilio _____

Ciudad _____ CP _____

Tel. _____ Fax _____ e-mail _____

Centro de trabajo _____ Cargo _____

FORMA DE PAGO

CUOTA DE INSCRIPCIÓN 250 €

IBAN. ES65 0075 0090 9706 0329 1192

BIC. POPUESMM

Rogamos remitan el boletín de inscripción debidamente cumplimentado y justificante de pago a M^a. Carmen Domínguez a través de.

- Correo electrónico. mcdominguez@uniondemutuas.es

- Fax. 961 366 654

- Dirección. Unión de Mutuas. València Parc Tecnològic, Ronda Isaac Peral, 21. Paterna. 46980

Todos los datos contenidos en este boletín son de uso exclusivo del curso y están acogidos a la Ley de Protección de Datos, Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre.