

## INSCRIPCIÓN AL CONGRESO DEL ACP

25 al 27 de febrero de 2021

### FAVOR LLENAR

NOMBRE COMPLETO \_\_\_\_\_

CEDULA: \_\_\_\_\_

MIEMBRO DEL ACP SI \_\_\_\_\_, # \_\_\_\_\_, NO \_\_\_\_\_

ESPECIALIDAD: MD \_\_\_\_\_, Especialidad \_\_\_\_\_ RN \_\_\_\_\_, MÉDICO  
RESIDENTE \_\_\_\_\_, ESTUDIANTE \_\_\_\_\_

CENTRO HOSPITALARIO O UNIVERSIDAD \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN FÍSICA:

CIUDAD: \_\_\_\_\_

PAIS: \_\_\_\_\_

APDO POSTAL: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_