



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: _____

PAÍS: _____

APDO POSTAL: _____

TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____