

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ficha de Inscripción ASISTENTES NACIONALES PRESENCIALES – VIRTUALESSimposio Internacional de EcografíaGineco-Obstétrica Y Medicina Materno Fetal |  |
|  |
| FECHA REALIZACIÓN: | 4, 5 Y 6 DE OCTUBRE DE 2023 |
| LUGAR REALIZACIÓN: | HOTEL PLAZA REAL |

|  |
| --- |
| **DATOS PERSONALES** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y apellido: |  |
|  |  |  |  |  |
| Especialidad: |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Lugar de trabajo: |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Localidad: |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Correo-electrónico: |  |
|  |  |  |  |  |
| Teléfono: |  |  |

 |  |

 CUIL/CUIT:

|  |
| --- |
| **FORMA DE PAGO** |
|  |
|  |
| 🞏 | BancoCredicoop CA$ CBU 1910288555128802111035CUIT 23-12134493-9 |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
|  |
| **🞏** | Presencial en Dorrego 227- Rosario Tel C +54 9 341399 9931 |  |  |
|  |  |
|  |
|  | **En caso de Transferencia Bancaria o Deposito enviar comprobante a:** **simposiomfrosario@hotmail.com****(agregar Domicilio)** |  |