

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ficha de Inscripción ASISTENTES extranjeros VIRTUALES  Simposio Internacional de Ecografía  Gineco-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: |  | | |  |
|  |  |  |  |  |
| País: |  | | |  |
|  |  |  |  |  |
| Correo-electrónico: |  | | | |
|  |  |  |  |  |
| Teléfono: |  | | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FORMA DE PAGO | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| □ | Rellena la ficha y contactate con secretaria y te enviamos el enlace de Paypal |  | |  | |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | Una vez realizado el pago enviar comprobante a: simposiomfrosario@hotmail.com | |  | | |