



REGISTRO DE
ENTRADA:

Solicitud Colaboración CONGRESO/JORNADA

COLEGIO DE MÉDICOS DE CUENCA

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

NÚMERO DE COLEGIADO: _____

DATOS CONGRESO /JORNADA

NOMBRE DEL C/J: _____.

FECHA DE C/J : _____.

LUGAR: _____.

DURACIÓN: _____.

DIRIGIDO A: _____.

Firma del solicitante