

BOLETIN DE INSCRIPCION
**XXVIIIas JORNADAS MEDITERRANEAS
DE CONFRONTACIONES TERAPEUTICAS
EN MEDICINA Y CIRUGIA COSMETICA**

Clase <small>Dr/Dra/Sr/Sra</small>	Apellidos
Nombre	
Domicilio	
CP	Población
Provincia	País
Teléfono	Fax
E-mail	DNI/Pasaporte

Imprescindible rellenar todos los apartados y hacerlo de forma legible

Comprometo mi asistencia presencial

PLAZA ASIGNADA nº _____ de 125 (no escribir en este espacio)

Remitir este Boletín de Inscripción debidamente cumplimentado por fax: (34) 93
3212644, por e-mail: info@conftera.com, o por correo ordinario o mensajería:
CONFRONTACIONES TERAPEUTICAS - C/ Nicaragua nº 70 - 08029 Barcelona (España).

REGISTRATION FORM

**XXVIIIas JORNADAS MEDITERRANEAS
DE CONFRONTACIONES TERAPEUTICAS
EN MEDICINA Y CIRUGIA COSMETICA**

Class Dr/Dra/Mr/Ms **Family Name**

First Name

Address

Zip Code

City

Country

Telephone

Fax

E-mail

It's necessary to fill in all the sections and do it legibly

I commit my face-to-face attendance

PLACE ASSIGNED n° _____ of 125 (do not write in this space)

Send this registration form with all the information required by fax to: (34) 93 3212644, or by email: info@conftera.com to CONFRONTACIONES TERAPEUTICAS C/ Nicaragua n° 70 - 08029 Barcelona (España).