



## Formulario de Inscripción

WWW.WORKSHOP-LATC.COM

Apellido y Nombre:
Nacionalidad:
e-mail:
Teléfono:
Domicilio
Ciudad
País
Médico Especialista:
SI / NO
Especialidad Médica

Para realizar el trámite de inscripción por este medio, reservar su vacante y fijar el monto a abonar el día del inicio del evento, deberá enviar por mail ([informes@workshop-latc.com](mailto:informes@workshop-latc.com)) este formulario completo y el ticket aéreo a su nombre.