

AÑO 6

Medicina Ambulatoria Pediátrica (MAP)

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre:

Domicilio:

CP:

Localidad:

Provincia:

Tel.:

E-mail:

Lugar de trabajo:

Dirección de trabajo:

CP:

Localidad:

Provincia:

Tel.:

Fax:

E-mail:

Profesión:

Estudios cursados en:

DNI:

Costo del curso: \$6500

Residentes: \$4000