**2 Curso de Investigación Clínica para Internistas**

**5 de Agosto de 2017, Auditorio Hotel Casa Lapage**

**Bolivar 373, Ciudad Autónoma de Buenos Aires**

**Ficha de Inscripción**

* Nombres y Apellidos: ..……………………………………………………………….
* Nº de Documento……………………………………………………………………..
* Mail: ...…………………………………..@............................................................
* Número de Socio AAMR.....................................................................................
* Teléfonos: ………………… .... Celular: ...............................................................
* Especialidad: …….........……………………………………………………..
* Domicilio……………………………………….…………..………CP. ( …… )
* Localidad……………………..Provincia………………………………………
* **Remitir:** [**edithi66@hotmail.com**](mailto:edithi66@hotmail.com)
* **Edith Iannoni 115 3286574**