

IX CURSO DE PATOLOGÍA
OCUPACIONAL RESPIRATORIA
Barcelona, 14-15 de noviembre de 2005

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

APELLIDOS	_____
NOMBRE	_____ ESPECIALIDAD _____
DIRECCIÓN	_____
POBLACIÓN	_____ PROVINCIA _____
CÓDIGO POSTAL	_____ TEL. _____
CENTRO DE TRABAJO	_____
DIRECCIÓN	_____
POBLACIÓN	_____ CP _____
TEL.	_____ FAX _____ E-MAIL _____

- | | | |
|------------------------|--------------------------|---|
| Inscripción Curso | <input type="checkbox"/> | 200 € |
| Residente en formación | <input type="checkbox"/> | 100 € (adjuntar informe del jefe de servicio) |
| Almuerzo día 14 | <input type="checkbox"/> | 30 € |
| Almuerzo día 15 | <input type="checkbox"/> | 30 € |

TOTAL: _____ €

FORMA DE PAGO

CHEQUE a nombre de **FUNDACIÓ INSTITUT DE RECERCA DE L'HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON** y enviarlo a la Secretaría Técnica junto con el boletín de inscripción.

TRANSFERENCIA BANCARIA a BBVA 0182-5734-32-0011500787. Se debe especificar el nombre de la persona inscrita y remitir la copia de la transferencia bancaria y el boletín de inscripción al fax 93 274 60 83.

SECRETARÍA TÉCNICA

Servicio de Neumología - Área General
Hospital Universitario Vall d'Hebron
Pº Vall d'Hebron, 119-129. 08035 Barcelona
Tel. 93 274 61 57 / Tel. y fax 93 274 60 83
e-mail: pneumo@vhebron.net