



Caronti 86 – Bahía Blanca
Tel/fax: 0291 455-2929
WhatsApp: 2914061344
Mail: cursos@colmedx.org.ar
www.colmedx.org.ar

PLANILLA PREINSCRIPCIÓN CURSOS

Bahía Blanca, ____ de _____ de 20__

Sra. Presidente del
Colegio de Médicos de la
Provincia de Buenos Aires
Distrito X

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Usted con el objeto de solicitar la PREINSCRIPCIÓN en el

CURSO: _____

APELLIDO Y NOMBRE: _____

DOMICILIO PARTICULAR: _____

LOCALIDAD: _____

CODIGO POSTAL: _____ CELULAR: _____

EMAIL: _____

DNI N°: _____

LUGAR DE TRABAJO: _____

Firma y Aclaración:

Matrícula N°: