



**SOCIEDAD DE REUMATOLOGÍA
DE LA COMUNIDAD DE MADRID**



*Nombre: _____

*Apellidos: _____

*Puesto: _____

*Tfno. Móvil: _____

*Email: _____

*Centro de trabajo: _____

*Provincia: _____

*Tfno: _____

***Todos los campos son obligatorios**

Las solicitudes al curso se aceptarán por orden de llegada.

El cupo máximo de alumnos al curso es de 25 plazas.

Las solicitudes se enviarán al Nº de FAX 91 6219975



SORCOM
SOCIEDAD DE REUMATOLOGÍA
DE LA COMUNIDAD DE MADRID