



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

CURSO Teórico práctico de cirugía laser de diodo dual.

Aplicación clínica y tratamientos.

CURSO Teórico y práctico de blanqueamiento dental.

Últimas tendencias y tratamientos clínicos

LUGAR DEL CURSO: _____

NOMBRE DE LA CLÍNICA: _____

DIRECCIÓN: _____

CÓDIGO POSTAL: _____ CIUDAD: _____

PROVINCIA: _____

TELÉFONO: _____ FAX: _____

EMAIL: _____

NÚMERO CUENTA BANCARIA (CCC): _____ / _____ / ____ / _____

ASISTENTE 1: _____

ASISTENTE 2: _____

ASISTENTE 3: _____

ASISTENTE 4: _____

Autorizo el cobro del importe de la inscripción al curso en la cuenta indicada anteriormente

FIRMA:

NOMBRE:

FECHA: