|  |
| --- |
| **Butlleta d’Inscripció** |
| **Conferència: La mediació sanitària** |
| \*Nom: |       |
| \*Cognoms: |       |
| Adreça: |       |
| Localitat i CP: |       |
| Telèfon: |       |
| Fax: |       |
| E-mail: |       |
| Col·legi Professional: |       |
| Núm. Col·legial: |       |
| Signatura |  |
| **Modalitat** |
| [ ]  | Presencial |
| [ ]  | Video streaming des del propi ordinador |

Data dijous, 6 / abril / 2023

\*El nom i cognom que feu constar a aquesta butlleta és tal hi com es transcriurà en el cas que s’expedeixi el certificat d’assistència