|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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