****

**Ficha de inscripción - 2021**

**Nombre y apellido completo:**

**Edad:**

**Fecha de nacimiento:**

**DNI:**

**Matrícula Nacional / Provincial**

**Nro:**

**Nacionalidad**

**Fecha de obtención del título de médico:**

**Universidad:**

**Hospital de referencia:**

**Socio SNA Si/ No**

**Dirección postal:**

**Teléfonos**

• **Fijo:**

• **Celular:**

**E-mail:**