



CAPITULO PARAGUAYO HEPATOPANCREATICO BILIAR

Formulario de inscripción como nuevo socio

capitulopyohpb@gmail.com

Nombres y Apellidos:

Nº de CI:

Nº de registro medico:

Correo electrónico:

Nº de teléfono:

Año de egreso de la Facultad de Medicina:

Facultad de Medicina de egreso:

Lugar y años de residencia en Cirugía:

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-

Especializaciones en CHPB:

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-

Socios Proponentes:

Socio 1

Socio2

Observación: