****

# Ficha de Inscripción

# Marque su categoría:

# 

**\*El Médico Residente deberá estar acreditado por su Hospital y/o Universidad Nacional o**

**del Extranjero, enviar constancia**

Participante: Indicar su nombre completo para su registro y certificado:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CMP:** | | | **RNE:** |
| **Nombre completo:** | | | |
| **DNI / Pasaporte:** | | **E-mail:** | |
| **Celular:** | | **Dirección:** | |
| **Provincia:** | | | **País:** |
| **Categoría: MÉDICO RESIDENTE** | | | **Institución donde labora:** |
| **Especialidad:** | **¿Cómo se enteró del Congreso?\*\*:** | | |

**\*CMP y RNE son datos obligatorios para médicos peruanos**

**\*\* Facebook, Revista (nombre), Correo Electrónico, Llamada, Sociedad, Mediante un colega, otros**

# Marque con una “X” si requiere de Boleta / Factura (llene los datos para facturación)

|  |  |
| --- | --- |
| **Factura:** | **Boleta:** |
| **Razón Social:** | | | **R.U.C. :** |
| **Dirección Fiscal:** | | | |

DÉJENOS SUS DATOS.

De hacerlo autoriza para que sean conservados y utilizados por la Sociedad Peruana de Anestesia, Analgesia y Reanimación para fines estadísticos, incluyendo invitaciones a cursos, talleres y otros eventos.