

DELEGADO EXTRANJERO / INSCRIPCIÓN GENERAL

NOMBRE Y APELLIDOS: _____		
HOSPITAL _____		
CIUDAD _____	PAIS _____	
TELEFONO: _____	FAX: _____	E.MAIL: _____
NECESITO ALOJAMIENTO	SI _____	NO _____
Delegado / Categoría: _____		
<input type="checkbox"/> Médico Especialista		
<input type="checkbox"/> Médico Residente		

Especialidad:

- ☐ Cirugía General
- ☐ Fisiatría
- ☐ Reumatología
- ☐ Artroscopia
- ☐ Ortopedia
- ☐ Anestesiología
- ☐ Otros

Enviar por correo, Fax o E.mail a:

CCOI "Frank País", Ave 51
#19603, La Lisa, La Habana,
Cuba

Fax: 273 1422 / 273 6444

E-mails:

eventos@fpais.sld.cu
ortopedia2005@infomed.sld.cu

CONGRESO

Delegado extranjero

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| Inscripción Antes Mayo 1ro | <input type="checkbox"/> 150.00 CUC |
| Inscripción Hasta Julio 31 | <input type="checkbox"/> 200.00 CUC |
| Inscripción Después Agosto 1ro | <input type="checkbox"/> 250.00 CUC |

CURSO PRE-CONGRESO

1. Curso Internacional de Cirugía Artroscópica impartido por destacados profesores miembros de la Sociedad Internacional de Artroscopia, Cirugía de la Rodilla y Medicina Ortopédica del Deporte

☐ **Sí**

☐ **No**