

**Formulario de pre-inscripción**

**MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA**

**Formación presencial  
P003/08**

**Apellidos:**

**Nombre:**

**Año licenciatura/Diplomatura:**

**Centro de trabajo:**

**Puesto que desempeña:**

**Dirección:**

**Teléfono:**

**e-mail:**

**Fax:**

*¿Por qué le interesa participar en este curso?*

**FECHA LIMITE DE RECEPCION DE SOLICITUDES: 03 Marzo**

**Si le interesa participar en este curso**, rellene este formulario de preinscripción en **MAYÚSCULAS** y envíelo por correo electrónico o por Fax a la secretaría (Tfno. 976 714000 ext 2025 Fax: 976 714670 Email: malvarez.iacs@aragon.es)