

PRECOLEGIACION

DATOS DEL ALUMNO:

CURSO	<input type="text"/>		
DNI	<input type="text"/>		
NOMBRE	<input type="text"/>		
APELLIDOS	<input type="text"/>		
E-MAIL	<input type="text"/>		
TELEFONO	<input type="text"/>	MOVIL	<input type="text"/>
DIRECCION	<input type="text"/>		
CODIGO POSTAL	<input type="text"/>	POBLACION	<input type="text"/>
PROVINCIA	<input type="text"/>		

El precolegiado del Excmo. Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Cádiz, tendrá **acceso** a los siguientes servicios:

- ACCESO A TODO EL CALENDARIO FORMATIVO DEL COLEGIO:
 - o Cursos de Formación Medica Continuada
 - o Cursos Técnicos: Informática, Ingles....
- LINEA DIRECTA CON LA VOCALIA DE MEDICOS EN FORMACION, a la cual podrán dirigir todas aquellas iniciativas que deseen poner en marcha a través del Colegio.

Cádiz, _____ de _____ de 2.0 _____

Documentación que tiene que aportar:

- DNI
- Impreso de Matriculación en Medicina o en su defecto certificado de la Facultad de Medicina como que este matriculado.
- Fotografía