

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"/>		
TELÉFONO	<input type="text"/>	MÓVIL	<input type="text"/>
DIRECCION	<input type="text"/>		
CODIGO POSTAL	<input type="text"/>	POBLACIÓN	<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:

- Calendario formativo completo del COMCADIZ (cursos de formación médica continuada con casos clínicos y talleres)
- Asesoramiento y orientación profesional
- Conferencias, presentaciones, debates, mesas redondas...
- Voluntariado y cooperación
- Información colegial, profesional y laboral al día
- Disponibilidad de instalaciones
- Programación cultural, ocio y viajes
- Descuentos en convenios comerciales

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 esté matriculado.
- Fotografía