

Formulari de sol·licitud

Nom i cognoms:

Mail:

NIF:

Lloc de residència:

Àrea de preferència (indicar opció amb una X)

- Atenció Primària
- Hospital Comarcal
- Subespecialitat
- Altres, especificar:

Vinculació amb la Societat Catalana de Pediatria:

- Participació com alumne (indicar nom i data taller, curs, jornada, reunió anual)
- Participació com a ponent (indicar tema presentant i data sessió)
- Presentació abstracts Reunions Anuals (indicar títol comunicació i any)