



TALLER DE CAPACITACIÓN BÁSICO PARA ESPECIALISTAS EN DATOS ONCOLÓGICOS

HOJA DE INSCRIPCIÓN

Nombre con ambos Apellidos:	
Institución a la que representa:	
Supervisor Inmediato:	
Si no representa ninguna institución que Diagnostique o trate pacientes con cáncer, escriba: independiente	
Dirección (Línea 1)	
Dirección (Línea 2)	
Teléfono:	Fax:
E-Mail:	

(El certificado de participación se enviará por correo electrónico provisto)

Agradeceremos que realice la inscripción de su registrador a través del correo electrónico karelisp@cccupr.org con
copia a yadirar@cccupr.org