



Planilla de Inscripción

Nombres	<input type="text"/>	Apellidos	<input type="text"/>
Correos Electrónicos	<input type="text"/> <input type="text"/>		
Dirección Postal	<input type="text"/>		
Teléfono Local	<input type="text"/>	Teléfono Móvil	<input type="text"/>
País	<input type="text"/>	Ciudad	<input type="text"/>
Estado	<input type="text"/>	Código Postal	<input type="text"/>
Año de Graduación	<input type="text"/>	Universidad	<input type="text"/>
Especialidad	<input type="text"/>		
Maestría	<input type="text"/>	Doctorado	<input type="text"/>
Universidad Médico	<input type="text"/>	Universidad Doctorado	<input type="text"/>
Año de Grado Médico	<input type="text"/>	Año de Grado Doctorado	<input type="text"/>

Una vez llenado este formato, envíelo al correo electrónico slaghnp@slaghnp.net, y por favor haga su pago en la página web <http://slaghnp.online1a.com>.

