



BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN PARA PARTICIPAR EN EL PGCP

Hospital/Laboratorio:
Apellidos:
Nombre:
Dirección:
Población: Provincia:
Código Postal: Teléfono:
Fax: Correo e:
CIF: Socio de la SEAP:

Deseo participar en el/los siguientes programas de **PGCP**:

Módulo de Patología Quirúrgica	<input type="checkbox"/>	450 euros
Módulo de HER2-neu	<input type="checkbox"/>	Financiado por ROCHE
Módulo de mama	<input type="checkbox"/>	300 euros
Módulo de tejido linfoide	<input type="checkbox"/>	350 euros

TOTALeuros

Los módulos de Diagnóstico Citológico (financiado por CYTYC) y de Patología Quirúrgica se ofrecerán gratuitamente a todos los miembros de la SEAP

Forma de pago:

Transferencia bancaria a Sociedad Española de Anatomía Patológica (mandar fotocopia)
cc 0008-0011-19-1100227257
Talón nominativo (SEAP) por valor de€

Firma:

Enviar a:
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ANATOMÍA PATOLÓGICA
Calle Ancora, 3, 2º B 28045 MADRID
Tfno. y Fax 91 539 86 28

