

## **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

### **PEDIATRÍA BASADA EN LA EVIDENCIA: ASPECTOS CLAVE PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA Y LA INVESTIGACIÓN EN PEDIATRÍA**

#### **DATOS PERSONALES**

Apellidos.....  
Nombre .....

NIF .....

Domicilio: Calle/plaza ..... n° .....

C.P..... Población ..... Provincia .....

Teléfono ..... e mail .....

#### **DATOS PROFESIONALES**

Pediatra  
Medico  
Residente

Como condición para admitir la inscripción, se debe adjuntar el comprobante de ingreso en la cuenta bancaria de la AEP que se facilita , y enviar ambos por correo electrónico o por fax a la secretaría de la misma.

Nº CC: **0049-1834-11-2010178232**, del Banco Santander.

Correo electrónico : [aep@aeped.es](mailto:aep@aeped.es)

Fax: 91-435.50.43.

El plazo de inscripción comenzara el 1 Marzo del 2011 a **las 10:00 horas** y se respetara el orden hasta cubrir la totalidad de las plazas 35

a..... de Marzo ..... 2011

Firma