



CAPITULO DE CIRUGIA ENDOVASCULAR DE LA SEACV.

El/la Dr. /a. _____,

integrado/a en la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular, en calidad de

Miembro numerario

Miembro agregado

Desea pertenecer al Capítulo de Cirugía Endovascular de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular

DATOS DE FILIACION

Dirección:

Teléfono: Trabajo: _____ Particular _____ Móvil _____

E-mail: _____

Firma y Fecha

Enviar por correo a:
A/A Srta Belen Jiménez
Laboratorios Uriach
CAMI REIAL 55 57
P.I. RIERA DE CALDESPALAU
SOLITA I PLEGAMANS
08184 BARCELONA