



## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

### CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO DE LAS PATOLOGÍAS MECÁNICAS DEL RAQUIS

Nombre y Apellidos:
Curso a distancia de 50 horas.
E mail:
Entidad / País:
Dirección postal del participante (calle, código postal y ciudad):
Correo electrónico:

**IMPORTANTE:**

Este formulario, deberá ser enviado por correo electrónico a:  
[clinicakovacs.palma@kovacs.org](mailto:clinicakovacs.palma@kovacs.org)

FIRMA: \_\_\_\_\_ . FECHA: \_\_\_\_\_ .