

Ficha reserva de plaza CURSO CIRUGÍA ORAL CON LÁSER

Nombre:

Apellidos:

DNI:

Dirección:

Localidad:

Código Postal:

Teléfono:

E-mail:

Titulación:

Universidad en la que se tituló:

Año de graduación:

Nº de colegiado:

Formación complementaria:

Precio del curso: 90€

Datos bancarios: IBAN ES90 0238 8102 7606 0510 9349 (International Orthodontic Center, S.L.)

Firma alumno/a

www.dsqtraining.com | www.dsqodontologia.es