

- **Aclarar a que se suscribe y monto:** -Seminario de pie diabético y heridas. \$ 600.....

**Por favor, complete la siguiente solicitud y envíela con el dinero correspondiente:**

Apellido(s) y Nombre Budzicz Néstor Gabriel

Dirección: General José maria Paz

5746.....Código postal:.....3000..... Ciudad: -Santa fe , Capital.....

Provincia: Santa fe..... País: Argentina.....

Teléfono:.....3425986607..... Fax:.....

Email: gabrielbudzicz@yahoo.com.ar.....

Profesión: Médico..... Matrícula: Provincial 3120, folio 6, libro 3.

..... D.N.I. 18.497.490.....