

<b>FECHA:</b>
<b>EVENTO:</b>

*Regístrese aquí (indicar claramente en letra de imprenta)*

<b>NOMBRE</b>	<b>ROL/ PROFESIÓN*</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO/TELÉFONO</b>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		

\*Si usted es prestador de servicios de salud, indique su profesión/título.

***Muchísimas gracias.***