



AINP
Academia Iberoamericana
de Neurología Pediátrica

Nombre Apellidos.....

Sexo Fecha de nacimiento

Lugar de nacimiento Nacionalidad

Dirección

Estado País

Telefono domicilio Teléfono oficina

Fax e-mail

Especialidad

Año de graduación

Sitio de trabajo

Recomendado por

Firma

1. Copia de su Diploma de Especialidad
2. Copia del Diploma de la Facultad de Medicina
3. Curriculum Vitae