



SOLICITUD INSCRIPCIÓN AL PEEC

DATOS DEL PROFESIONAL

APELLIDO Y NOMBRES:	
CUIT:	
DIRECCIÓN:	
LOCALIDAD:	
C.P.:	
PROVINCIA:	
TELÉFONO:	
EMAIL:	

PROGRAMAS (Marcar con una X el o los programas seleccionados)

Química Clínica	<input type="checkbox"/>	Hemostasia	<input type="checkbox"/>
Hematología	<input type="checkbox"/>	Micología	<input type="checkbox"/>
Instrumental	<input type="checkbox"/>	Inmunoserología VDRL	<input type="checkbox"/>
Bacteriología	<input type="checkbox"/>	Inmunoserología Hepatitis	<input type="checkbox"/>
Parasitología	<input type="checkbox"/>	Inmunoserología básica	<input type="checkbox"/>
Orina	<input type="checkbox"/>		

ESPECIALIDADES (Marcar con una X las especialidades elegidas)

Gases en Sangre -	<input type="checkbox"/>	Celiaquía -	<input type="checkbox"/>
Inmunología -	<input type="checkbox"/>	Laboratorio del Semen -	<input type="checkbox"/>
Endocrinología -	<input type="checkbox"/>	Citología Exfoliativa -	<input type="checkbox"/>
Monitoreo de Drogas Terapéuticas -	<input type="checkbox"/>	Sangre oculta en materia fecal -	<input type="checkbox"/>
Marcadores Tumorales -	<input type="checkbox"/>	Inmunohematología -	<input type="checkbox"/>
HIV -	<input type="checkbox"/>	Bromatología (análisis de agua)	<input type="checkbox"/>
Hemoglobina Glicosilada -	<input type="checkbox"/>	Toxicología -	<input type="checkbox"/>
Autoanticuerpos -	<input type="checkbox"/>		

Completar todos los datos y enviar el formulario al siguiente correo: audicol1@hotmail.com.ar