



*“Medicina de Familia: Consulta de alta resolución”*

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Nombre:

Apellido:

Centro de Trabajo

Socio de Semergen Sí/No

**[Si Todavía no eres socio, hazte socio Aquí](#)**

Mandar Inscripción a: **[elena.pascual.roquetjalmar@navarra.es](mailto:elena.pascual.roquetjalmar@navarra.es)**

**14/Febrero**  
**Colegio de Médicos Navarra**  
**PAMPLONA 2024**

