Donación en asistolia

28 y 29 de Octubre, 2014, Granada, CMAT

DONACIÓN EN ASISTOLIA	OCTUBRE 2014	GRANADA

SOLICITUD DE PRE-INSCRIPCIÓN

(Por favor escriba con letra clara)

Apellidos: _____

Nombre: _____

D.N.I./Pasaporte: _____

Domicilio particular:

Calle/Plaza: _____ Nº: _____

Población: _____ Código Postal: _____

Provincia: _____ País: _____ Teléfono: _____

Correo-e.: _____

Titulación: _____ Año _____

Puesto de trabajo actual: _____

Hospital o Centro de trabajo:

_____

Nº de entrevistas de donación realizadas por usted: _____

Nº de donaciones en su hospital en el último año: _____

Coordinador de Trasplantes: NO ____ SI ____

Dedicación: Total ____ Parcial _____ Suplencias _____

Cursos que ha realizado sobre este tema:

_____

_____

Describa brevemente su vinculación con la coordinación de la donación y el trasplante (y especifique cuánto tiempo lleva en estas tareas):

_____

_____

Fecha límite de inscripción: 17 de octubre 2014
Imprescindible enviar foto tamaño carnet por correo electrónico en formato jpg o pdf o por correo convencional.

Secretaría del curso:
Coordinación Autonómica de Trasplantes de Andalucía
Avda. de la Constitución, 18
41071 Sevilla. Teléfono: 955 019 047 FAX: 955 019 017
Correo electrónico: ctrasplantes.sc.sspa@juntadeandalucia.es

ORGANIZAN

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES
Coordinación Autonómica de Trasplantes

Fundación Progreso y Salud
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

ONT
ORGANIZACIÓN NACIONAL DE TRASPLANTES

FINANCIA

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

ACREDITA

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES