

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

**EXAMEN DE IDONEIDAD PARA MÉDICOS RESPONSABLES DE BANCO DE SANGRE
2024**

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Sexo

H

M

Correo electrónico

Confirmación de correo
electrónico

Teléfono

Institución donde labora

Cargo que desempeña
actualmente

Último grado académico

Número de cedula
profesional

Bajo Protesta de decir verdad, declaro que todos los datos mencionados aquí son fidedignos
