



**BOLETA DE INSCRIPCIÓN
ASOCIACIÓN COSTARRICENSE DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS
(A.C.C.N.)**

Nombre completo del solicitante:	
Numero de cedula de identidad:	
Hospital en el que labora:	
Teléfono domicilio:	
Teléfono oficina o lugar de trabajo:	
Teléfono celular:	
Fax:	
Correo electrónico:	
Apartado postal:	

Acepto la deducción automática mensual de planilla de tres mil colones.

Firma: _____