

**V Congreso de Salud Ocupacional y Ambiental de Panamá y II Internacional**

**“La Prevención de los Riesgos Laborales y su impacto en la salud de los trabajadores*”***

4 y 5 de agosto de 2017

Hotel WyndHam de Albrook, Ciudad de Panamá

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

**LLENAR EL CAMPO CORRESPONDIENTE CON UNA “X”**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MIEMBRO DE AMOP** |  |  | **NO MIEMBRO** |  |  | **ESTUDIANTE** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE** | |  | | | |
|  | |  | | | |
| **CÉDULA** | |  | | | |
|  | |  | | | |
| **PROFESIÓN** | |  | | | |
|  | |  | | | |
| **LUGAR DE RESIDENCIA** | |  | | | |
|  | |  | | | |
| **LUGAR DE TRABAJO** | |  | | | |
|  | |  | | | |
| **E-MAIL** | |  | | | |
|  | |  | | | |
| **TELÉFONO** |  | |  | **CELULAR** |  |

|  |
| --- |
|  |

**FECHA DE INSCRIPCIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**IMPORTANTE: LA INSCRIPCIÓN DEBE IR ACOMPAÑADA DEL RECIBO DE PAGO**

**ENVIAR:** [**medicocupacionalpanama@gmail.com**](mailto:medicocupacionalpanama@gmail.com)