



Sociedad Peruana de Oftalmología



keratoconussociety

Ficha de Inscripción

Nombre: _____ CMP _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ País _____

Teléfono: _____ Fax _____

E-mail: _____

Especialidad: _____

Institución donde labora _____

Dirección de consultorio _____

Laboratorio Farmacéutico que lo invitó (si fuera el caso) _____

Costos de Inscripción

	Hasta el 19.02.10	Después 19.02.10
Médicos Asociados	\$ 150.00 ()	\$ 180.00 ()
Médicos No Asociados	\$ 200.00 ()	\$ 250.00 ()
Residentes	\$ 100.00 ()	\$ 100.00 ()
Otros Profesionales	\$ 70.00 ()	\$ 70.00 ()
Los Costos no incluyen IGV		

www.refractivaperu2010.net

INSCRIPCIONES: Parque Luis F. Villarán 957, San Isidro
Telf.: (511)440-2698 · Fax: (511)440-6740

INFORMES: GRUPO MILENIUM Av. Rivera Navarrete 451 - Of. 601, San Isidro
Telf.: 440-8171 / 421-4977 · Fax: 222-3679 · e-mail: difusion@grupomilenium.com.pe