

Cirugía Menor en Atención Primaria.



FICHA DE INSCRIPCION

DATOS DE LA PELICULA

TITULO: _____

AUTOR: _____

COLABORADORES: _____

CENTRO DE TRABAJO: _____

AÑO DE PRODUCCION: _____

DURACION: _____ FORMATO: MINI-DV DVD CD-ROM

DATOS DEL AUTOR

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____

CIUDAD: _____ CODIGO POSTAL: _____

PAIS: _____ TELEFONO: _____

E-MAIL: _____

RESUMEN DE LA PELICULA:
