

EMPADRONAMIENTO DE MÉDICOS DEL IPC

NOMBRE Y APELLIDO DEL MÉDICO/A	
DNI DEL MÉDICO/A	
N° de MATRICULA (INDICAR SI ES NACIONAL O PROVINCIAL)	
ESPECIALIDAD (*)	
TELEFONO DEL MÉDICO/A	
CORREO ELECTRÓNICO DEL MÉDICO/A	
NOMBRE DEL HOSPITAL AL QUE PERTENECE	
LOCALIDAD DEL HOSPITAL AL QUE PERTENECE	
NOMBRE Y APELLIDO DEL DIRECTOR/A DEL HOSPITAL	
FIRMA DEL DIRECTOR/A DEL HOSPITAL	
SERVICIO AL QUE PERTENECE	
NOMBRE Y APELLIDO DEL JEFE/A DE SERVICIO DEL HOSPITAL	
FIRMA DEL JEFE/A DE SERVICIO DEL HOSPITAL	

(*) Será necesario contar con al menos un/a ONCÓLOGO/A empadronado en el Hospital.