Centro Médico de Mar del Plata

SUSCRIPCIÓN A BOLETÍN DEL CENTRO MÉDICO DE MAR DEL PLATA
SECRETARÍA GENERAL

Quien suscribe Dr. .....

Mat. ....., declaro que con relación al Boletín Institucional digital o cualquier otro comunicado que el CENTRO MÉDICO DE MAR DEL PLATA envíe en lo futuro, solicito que el mismo sea remitido a la siguiente dirección de correo electrónico :

.....

Dirección de correo electrónico alternativa : _____

.....

las direcciones de s-mails citadas en el presente formulario son válidas y vinculantes para el suscripto. hasta su cambio notificado por medios fehaciente.

.....
FIRMA

CM-65 180915