



# Torneo de Golf

## *Boletín de Inscripción*

Médico

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

Nº Colegiado (del Médico): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nº de Licencia (Obligatorio): \_\_\_\_\_

Handicap (Obligatorio): \_\_\_\_\_

Socio del campo: \_\_\_\_\_

*Firma:*