



Torneo de Golf

Boletín de Inscripción

Familiar de Médico
(Esposo/a o Hijo/a)

Nombre: _____

Apellidos: _____

Nº Colegiado (del Médico): _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Nº de Licencia (Obligatorio): _____

Handicap (Obligatorio): _____

Socio del campo: _____

Firma: