



# Concurso de Pintura

## *Boletín de Inscripción*

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

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

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

Nº Colegiado (del médico): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Título de la Obra: \_\_\_\_\_

*Firma:*