



Torneo de Golf

Boletín de Inscripción

Médico

Nombre: _____

Apellidos: _____

Nº Colegiado: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Nº de Licencia (Obligatorio): _____

Handicap (Obligatorio): _____

Socio del campo: _____

Firma: