SOLICITUD CAPACITACIÓN EN NEUROINTERVENCIONISMO

Nombre: Apellidos:

Especialidad:

Formación en Neurorradiología (9 meses)

Centro: (debe ser un centro acreditado)

Responsable:

Memoria:

Formación en Neurorradiología Intervencionista (18 meses)

Centro: acreditados(debe ser un centro acreditado)

Responsable:

Memoria:

Formación en Neurocirugía (3 meses)

Centro:

Responsable:

Memoria:

Formación en Neurología (3 meses)

Centro:

Responsable:

Memoria:

**ENVIO DE SOLICITUDES A:** [**secretaria@neurointervencionismo.es**](mailto:secretaria@neurointervencionismo.es)