

# SOLICITUD DE PREINSCRIPCIÓN

---

Los abajo firmantes autorizan que:

D./ Dña.: \_\_\_\_\_

realice el MASTER en TÉCNICAS DE PERFUSIÓN Y OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA (cursos académicos 2018-2020) el cual se celebrará en la Universidad de Barcelona siendo sus clases prácticas en el Hospital \_\_\_\_\_

Fecha:

Fdo. Responsable Cirugía Cardíaca

Fdo.  
Perfusionista

Fdo.  
Perfusionista

Fdo.  
Perfusionistas