

## SOLICITUD / SOL·LICITUD

RESIDENTE MIR / RESIDENT MIR

Año / Any

MIR nº / MIR núm.

1<sup>er</sup> Apellido / 1er Cognom

2<sup>o</sup> Apellido / 2n Cognom

Nombre / Nom

Sexo / Sexe  Hombre / Home  Mujer / Dona

Fotografía / Fotografia  
3 x 4 cm.

Fecha de nacimiento / Data de naixement

DNI / Pasaporte / DNI / Passaport

Natural de / Natural de

Provincia / Província

País / País

Nacionalidad / Nacionalitat

Dirección de contacto (calle, nº, piso) / Adreça de contacte (carrer, núm., pis)

Ciudad / Ciutat  Código Postal / Codi Postal

Provincia / Província  País / País

E-mail / E-mail

Teléfono / Telèfon

Teléfono 2 / Telèfon 2

Fax / Fax

**Información e Inscripciones**  
CENTRO DE OFTALMOLOGÍA BARRAQUER

**Secretaría de Docencia**

Muntaner 314 · 08021 Barcelona (España)  
Tel (+34) 93 414 67 98 · Fax. (+34) 93 414 12 28  
www.barraquer.com · mir@barraquer.com