|  |  |
| --- | --- |
| **Sociedad Paraguaya de Medicina Crítica y Cuidados Intensivos.**    ***Requisitos para la Certificación*.**  Informes: Tte. Ruiz 725C/ Tte. Morales  Email: spmcyci@gmail.com | * Completar el Formulario de Solicitud de Certificación * Curriculum Breve. * Una fotocopia autenticada de la Cedula de Identidad. * Una fotocopia autenticada del Registro Profesional. * Una fotocopia autenticada del Título Profesional. * Una fotocopia autenticada del Título de Especialista. * Dos fotos tipo carnet. * Costo: Gs. 300.000.- |