

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD		REGISTRATION FORM FOR EC144 FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN CE144	
PLEASE WRITE IN BLOCK LETTERS/FAVOR ESCRIBIR EN LETRA DE IMPRENTA			
Prof., Dr., Mr., Mrs., Miss, Ms., Prof., Lic., Dr., Sr., Sra., Srta.,	Surname (Please underline) Apellido (Favor subrallar)	First name: Nombre:	
Accompanied by: Acompañado por:			
Occupational title in your own country: Función oficial en su país:			
Official address: Dirección oficial:			
Fax number: Número de fax:	Telephone number: Número de teléfono:	e-mail address: correo electrónico:	
Address during meeting: Dirección durante la reunión:		Date of departure: Fecha de salida:	
Delegation of: Delegación de:		☐ Member/Miembro ☐ Associate Member Miembro asociado	
Date: Fecha:		Signature: Firma:	

PLEASE fill in this form and return it: (a) by **e-mail** to María Pía Catalano at catalanp@paho.org or (b) by **fax** to 202-974-3633.

SÍRVASE llenar este formulario y devolverlo: a) por **correo electrónico** a María Pía Catalano al catalanp@paho.org o b) por **facsimile** al 202 974 3633.