



FACULTAD DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA

C/ del Donante de Sangre, s/n

37007- Salamanca

email: clinicafisioenusal@usal.es

FORMULARIO PARA CITAS. POLICLÍNICA FisioEnVsal

Nombre y Apellidos : MARIA CRUZ PEREZ REVUELTA

Teléfono : 652950717 Correo electrónico : CCRUZLOLA67@GMAIL.COM

Relación con la USal : PAS Estudiante PDI

Centro o Facultad : RECTORADO

Asunto : Consulta de fisioterapia Consulta de medicina deportiva

Motivo de Consulta : MENISCO ROTO

Horario preferente de atención : A LAS 9