

**“HABLEMOS SOBRE EL SÍNDROME DE SJÖGREN”**

Viernes, 25 de noviembre, 2016

**Dirigido a:** Pacientes, familiares y público en general.

**Organiza:** Asociación Española de Síndrome de Sjögren (AESS)

**Lugar de Realización:** Salón de Actos del IMSERSO. Calle Ginzo de Limia, 58 con Av de la Ilustración. Madrid 28029.

**Inscripción:**

Favor escribir en letra de imprenta

D. Dª:………………………………………………………………………………………………………………………….

Email…………………………………………………………. Teléfono….……………………………………………..

Profesión:………………………………………………….Ciudad……….……………….………………………..…

Provincia………………………………………………… País…………………………………………………………..

¿CÓMO HA SABIDO DE ESTA CONFERENCIA……………………………………………………………….

**Marque lo que proceda:**

Paciente de Síndrome de Sjögren **( )** Familiar **( )** Otro **( )**

Socio AESS **( )** GRATIS € Nº SOCIO: **( )**

Particulares **( )** 10 € como donativo para nuestras actividades (sujeto a desgravación en el IRPF).

* *La inscripción cubre asistencia a la conferencia, programa y café.*

**Forma de Pago:**

Efectivo…………….............. **( )** En nuestras oficinas o el día de la conferencia

Transferencia Bancaria **( )** en el BANCO POPULAR a favor de la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME DE SJÖGREN (AESS) en la Cta. Cte. Nº

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ES37 0075** | **0798** | **020600284215** |

* **Favor entregar copia del resguardo bancario el día de la conferencia.**

**( )** DESEO RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE LAS ACTIVIDADES QUE REALICE LA ASOCIACIÓN

***Una vez rellenado este impreso, por favor envíelo cuanto antes a*** [***aessjogren@hotmail.com***](mailto:aessjogren@hotmail.com) ***o por los medios que se indica más abajo.***

***AFORO LIMITADO***