

**“UNA TARDE PARA EL SÍNDROME DE SJÖGREN”**

Viernes, 02 de diciembre, 2016

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

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

**Lugar de Realización:** Fundación QUAES: Calle de Colon 1 Planta 5. VALENCIA

**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 **( )**

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

**Donativo:**

Efectivo…………….............. **( )** 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***

***AFORO LIMITADO***