

**Boletín de inscripción**

 **TENEMOS QUE HABLAR: Cuando el paciente dice ¡no!**

**Nombre y Apellidos**

**Si es la primera vez que participa en una actividad de la Red, debe rellenar los siguientes campos:**

**Ciudad**

**E-mail**

**Teléfono de contacto**

**Institución en la que trabaja**

**Profesión**

¿Desea recibir información de la Red Psicoanálisis y Medicina?

**Lugar:** Vil·la Florida C/Muntaner, 544 - Barcelona

**Fecha:** 4 de marzo de 201711 a 13 h.

**Colaboración en los gastos 10€**

ASOCIACION POROS ES81 2100 0900 9002 1134 4331 enviar boletín de inscripción y justificante de pago aredpsicoaymed@gmail.com

Enviar este boletín de inscripción junto con el comprobante de ingreso

 a redpsicoaymed@gmail.com