



ESPACIO CLÍNICO: ADOLESCENCIAS TRANS

PENDIENTE DE PROGRAMACIÓN NUEVA FECHA

Para inscribirse, **enviar un correo electrónico** a redpsicoaymed@gmail.com

Indicando

Nombre y apellidos

Profesión

Institución en la que trabaja

Adjuntando

Comprobante de ingreso de 20 €

ASOCIACIÓN POROS ES81 2100 0900 9002 1134 433

Concepto: nombre y apellidos - Espacio clínico – colaboración en los gastos