

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN GRATUITA PARA AFECTADOS
LA ASISTENCIA DE LOS AFECTADOS SERÁ GRATUITA PREVIA PRESENTACIÓN DEL CERTIFICADO MÉDICO O INFORME QUE ACREDITE SU AFECTACIÓN.

Nombre: _____ Apellidos: _____

Diagnosticado por el Dr: _____ del Centro Sanitario: _____

Afectado de:

Sensibilidad Química Múltiple Síndrome de Fatiga Crónica Fibromialgia

Otras patologías: _____

N.I.F.: _____

Dirección: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ C.P.: _____

Telf. particular: _____ Telf. móvil: _____

Correo electrónico: _____

Estoy interesado/a en recibir un certificado de asistencia:

SI **NO**

Estoy interesado/a en comer en los espacios habilitados al efecto con alimentos biológicos:

SI **NO**

Deseo vengan a recogerme para llegar al hotel:

SI **NO**

Fecha de llegada: _____

Lugar de llegada: _____

Hora prevista de llegada: _____

Deseo vengan a recogerme diariamente al hotel para llegar a la Fundación: