**Formulario de registro**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del evento:** | III Jornada de Puertas Abiertas para Asociaciones de Pacientes |
| **Nombre de la persona de contacto Lilly:**  |  |
| **Asociación de Pacientes:** |  |
| **Persona de contacto en Asoc. Pacientes:** |  |
| **Teléfono persona contacto en Asoc. Pacientes:** |  |

|  |
| --- |
| **Información del asistente** |
| Nombre y apellidos: |
| Ciudad de origen: |  |
| Tel.  | e-mail: |

|  |
| --- |
| **Información del asistente** |
| Nombre y apellidos: |
| Ciudad de origen: |  |
| Tel.  | e-mail: |

|  |
| --- |
| **Información del asistente** |
| Nombre y apellidos: |
| Ciudad de origen: |  |
| Tel. | e-mail: |

|  |
| --- |
| **Información del asistente** |
| Nombre y apellidos: |
| Ciudad de origen: |  |
| Tel. | e-mail: |

|  |
| --- |
| **Información del asistente** |
| Nombre y apellidos: |
| Ciudad de origen: |  |
| Tel. | e-mail: |

|  |
| --- |
| **Información del asistente** |
| Nombre y apellidos: |
| Ciudad de origen: |  |
| Tel. | e-mail: |

|  |
| --- |
| **Información del asistente** |
| Nombre y apellidos: |
| Ciudad de origen: |  |
| Tel. | e-mail: |