

FORMULARIO DE SOLICITUD DE AVAL PARA INFORMES
GENÉTICOS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMEDAD
CELIACA (SEEC)



DATOS DEL SOLICITANTE			
Nombre del solicitante			
Empresa o Institución a la que representa			
Posición que ocupa en la entidad			
Dirección			
Correo electrónico			
Teléfono de contacto			
Carácter de la entidad	Pública <input type="checkbox"/>	Privada <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>
Socio colaborador de la SEEC	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	

TARIFAS	
Socios colaboradores SEEC	Gratis
Hospitales y centros sanitarios públicos	Gratis
Empresas y centros privados	1.000 €

En _____ a ____ de _____ de

Fdo.: _____

Enviar este formulario junto con el informe genético del que se solicita aval a info@seec.es. Una vez recibido en la SEEC, recibirá un correo electrónico de confirmación de la recepción de esta solicitud.