



**IV INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON COMA AND DEATH
Registration Form**

Nombre / Name: _____
Dirección / Address: _____
Apartado Postal / P.O. Box _____
País / Country: _____
Afilación / Affiliation: _____
Tel: _____ Fax: _____
E-mail: _____

Acompañante / Accompanying persons:

Sí / Yes No

¿Cuántos? / If yes, how many? _____