

RESPUESTA COMERCIAL

Autorización nº13513

B.O.C. nº 78 de 13-9-93

No necesita
sello.

A franquear en
destino

Escuela Andaluza de Salud Pública

Campus Universitario de Cartuja

Cuesta del Observatorio, 4

Apartado nº 87 F.D.

18080 GRANADA

SI TIENES ENTRE 15 Y 19 AÑOS

No empieces a fumar o déjalo durante el mes de mayo 2004

**SI NO FUMAS
CONSIGUE
150 EUROS GANAS**

Sorteamos 10 premios valorados en 1500 euros. Pueden ser tuyos. Inscríbete. No empieces a fumar o déjalo: rellena esta tarjeta con tus datos, envíanosla **antes del 30 de abril** y entrarás en el sorteo.

Más información 958 027 400 o <http://www.easp.es/dejaloygana>



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD



BASES DEL CONCURSO

- Tener entre 15 y 19 años.
- Dejar de fumar durante el mes de Mayo.
- Si no eres fumador, seguir sin fumar en Mayo.
- Enviar por correo (sin franqueo) la inscripción **antes del 30 de Abril**. O insíbete en la pagina web: www.easp.es/dejaloygana

RECUERDA

- No fumes durante el mes de Mayo.
- Los ganadores serán seleccionados por sorteo público a celebrar el día 31 de Mayo.
- Tienes la oportunidad de **ganar 150 Euros**.
- 5 premios serán sorteados entre los que dejaron de fumar.
- Y 5 premios serán para los que siguieron sin fumar.

¿Estás harto de fumar? ¿estás harta de fumar?, o ¿no fumas y no quieres?.

Esta es una oportunidad de concursar con otros y otras jóvenes en Europa y ganar premios a la vez que dejas o sigues sin fumar.

corta por aquí y échame en cualquier buzón de correos

INSCRIPCIÓN (para participar rellenar y enviar el siguiente formulario)

FECHA/...../..... Dejaré de fumar Seguiré sin fumar

Nombre Hombre Mujer Edad

Dirección

C.P. Población Provincia

Telf. Móvil

Centro de Enseñanza

Si fumas, por favor, contesta a estas preguntas:

- ¿ A qué edad empezaste a fumar?
- ¿ Cuándo lo haces? Diariamente Semanalmente Esporádicamente
- ¿ Has pensado alguna vez en dejar de fumar? SI NO
- ¿Has intentado dejar de fumar antes? SI NO
- ¿ Te gustaría tener algún apoyo para ayudarte a dejar de fumar o para seguir sin fumar? SI NO
- ¿ Qué clase de apoyo crees que necesitas?
- | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Profesores | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Médicos | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Literatura/guías | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Especifica otros..... | | |