

SOCIEDAD ASTURIANA DE HIPERTENSIÓN Y RIESGO VASCULAR

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN (CUOTA ANUAL: Médicos, 15 € / Enfermería, 9 € / Residentes, 6 €)

Nombre y apellidos

--

Fecha nacimiento DNI-NIF

Especialidad

--	--	--

Teléfono Casa Móvil

Teléfono Trabajo E-mail

--	--	--	--

Domicilio Particular:

C/	
----	--

Núm. C. Postal Localidad

--	--	--

Centro de Trabajo:

--

Calle:

Núm. C. Postal Localidad

--	--	--	--

DOMICILIACIÓN BANCARIA

Don/Dña. _____

Autorizo a la SOCIEDAD ASTURIANA DE HIPERTENSIÓN al cobro de los recibos correspondientes con cargo a mi cuenta:

CODIGO CUENTA CLIENTE:

Banco:

Entidad:

Sucursal:

Dígito:

Número de cuenta:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dirección Banco

Núm

Piso

Código Postal

Localidad

C/				
----	--	--	--	--

Correo Electrónico

--

En:

a de

de 200

Firma:



SOCIEDAD ASTURIANA DE HIPERTENSIÓN Y RIESGO VASCULAR

Enviar boletín al Colegio Oficial de Médicos de Asturias
Plaza de América, 10, 1º - 33005 OVIEDO