BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN COMO SOCIO DEL CEDEST

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre: _____ **Apellidos:** _____

Domicilio actual: _____

Población: _____ **Código Postal:** _____

Provincia: _____ **País:** _____

Teléfono: _____

DATOS LABORALES

Profesión: _____ **Cargo desempeñado:** _____

Servicio / Departamento: _____

Centro (Hospital, empresa...): _____

Dirección: _____

Población: _____ **Código Postal:** _____

Provincia: _____ **País:** _____

Teléfono: _____ **Fax:** _____ **Correo electrónico:** _____

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA (Cuota socio: 21 euros/año)

Nombre y apellidos del Titular de la Cuenta: _____

Banco o Caja de Ahorros: _____

Dirección de la sucursal: _____

Población: _____ **Código Postal:** _____

Provincia: _____

Cuenta Corriente: |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Entidad **Sucursal** **D.C.** **Nº. Cuenta Corriente**

Fecha: ___/___/_____ **Firma:** _____

Les ruego que, hasta nuevo aviso, deberán adeudar a mi cuenta corriente en esa entidad, el recibo que anualmente y a mi nombre les sea presentado para su cobro por el CLUB ESPAÑOL DE ESTERILIZACIÓN

Cumplimente esta impreso con letra mayúscula y remítalo a:

Secretaría del Club Español de Esterilización (CEDEST):

Servicio de Medicina Preventiva, 4ª Planta, Ala Norte

Hospital Clínico San Carlos

C/ Profesor Martín Lagos s/n

28040. Madrid

A CUMPLIMENTAR POR EL CEDEST

Nº de socio: |_|_|_|_| **Fecha de inscripción** |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|