

APELLIDOS: _____

NOMBRE: _____

FECHA NTO.: _____ D.N.I.: _____

DOMICILIO PARTICULAR: _____

D.P. _____ CIUDAD _____ PROVINCIA _____

TELEFONO: _____ E-MAIL: _____

=====

CENTRO TRABAJO: _____

DOMICILIO _____

D.P. _____ CIUDAD _____ PROVINCIA _____

TELEFONO: _____ E-MAIL: _____

=====

DOMICILIO CONSULTA PRIVADA: _____

D.P. _____ CIUDAD _____ PROVINCIA _____

TELEFONO: _____ E-MAIL: _____

AÑO DE LICENCIATURA _____ ALTA EN SAAIC _____

CAMPO DE INTERES DENTRO DE LA ESPECIALIDAD _____

PRESENTADO POR DOS SOCIOS:

DR. _____ DR. _____

NOTA: Acompañar fotocopia compulsada del Título de Alergia o en su defecto certificado de residencia de la especialidad indicando la fecha en que se prevee terminar.

=====

AUTORIZACIÓN BANCARIA

Remitir a la Secretaría Técnica de Alergosur: c/ Gonzalo Bilbao nº 27, B. 41003 Sevilla.

Teléfono: 954419412 - 954419401. Fax: 954419212

BANCO O CAJA _____

Nº CUENTA CORRIENTE (indicar los 20 dígitos): _____

Muy Sres. míos:

Por la presente les autorizo para que, a su presentación y con cargo a mi cuenta corriente, atiendan el pago de mi cuota anual de socio de Alergosur, por un importe de treinta y seis euros con seis céntimos (36,06€).

Atentamente les saluda,

Fdo: _____
(fecha y firma)