

Número de socio

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ADMISIÓN

DATOS PERSONALES

Apellidos Nombre

NIF Profesión

Dirección

Distrito Postal Localidad

Provincia

Teléfono E-mail

DATOS PROFESIONALES

Institución

Servicio /Departamento

Cargo

Dirección

Distrito Postal Localidad

Provincia

Teléfono E-mail

Deseo que me envíen la correspondencia a:

Domicilio particular

Domicilio trabajo

CIF: G58681909.

Calvet 30 - 08021 Barcelona. Tel 932017571 Fax 932019789

www.sespas.es . sespas@suportserveis.com



DATOS BANCARIOS

La cuota establecida es de 47 € anuales.

Apellidos Nombre

NIF

Nombre Entidad Bancaria (Banco / Caja)

Dirección

Distrito Postal Localidad

Cuenta número (escribir los 20 dígitos)

Entidad	Oficina	Control	Número de la cuenta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Solicito ser admitido como socio de pleno derecho en la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACION SANITARIA

Fecha y Firma:

