

SOLICITUD INSCRIPCIÓN EN LA SOCIEDAD DE ALERGOLOGÍA E INMUNOLOGÍA CLÍNICA DE EXTREMADURA

DATOS PERSONALES

Nombre:

Apellidos:

NIF:

Teléfono:

e-mail:

Centro de trabajo:

Especialista en Alergología en el periodo:

en el Hospital _____

DATOS BANCARIOS

IBAN: _____

Muy Sr. Mío,

Ruego, a partir de la presente, sean abonados por esta entidad y contra la cta. cte. a mi nombre, los recibos que sean presentados para su cobro, por la Sociedad de Alergología e Inmunología Clínica de Extremadura

Atentamente.

Fecha:

Firma: