|  |
| --- |
| **BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN** |
| D. /Dña.: nº de colegiado: de |
| DNI: |
| Domicilio en: |
| CIUDAD: CP: MOVIL: |
| E-mail (rellenar en mayúsculas): |
| LUGAR DE TRABAJO: CARGO: |
| **Solicita ser admitido en la Sociedad Murciana de Reumatología como:**  SOCIO AGREGADO  SOCIO NUMERARIO |
| **Avalado por los Socios Numerarios:**  Dr./Dra.: Firma:  Dr./Dra.: Firma: |
| **Adjunta la fotocopia del título o depósito del título**:  ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA  LICENCIADO EN MEDICINA Y CIRUGÍA  CERTIFICADO DE ESTAR HACIENDO LA ESPECIALIDAD  OTROS TÍTULOS, Especificar: |
| **Datos Bancarios** |
| Titular de la cuenta: |
| Nombre de la entidad: |
| Nº IBAN DE CUENTA: ES\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ |
| Firma:  En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del 20\_\_ |
|  |