|  |
| --- |
| **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 AGREGADOSOCIO 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 CIRUGÍACERTIFICADO DE ESTAR HACIENDO LA ESPECIALIDADOTROS TÍTULOS, Especificar:  |
| **Datos Bancarios** |
| Titular de la cuenta: |
| Nombre de la entidad: |
| Nº IBAN DE CUENTA: ES\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ |
| Firma: En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del 20\_\_ |
|  |