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__

Sociedad Murciana de Reumatología
Col. Médicos, Avenida Juan Carlos, 1, 30008 Murcia