

**BOLETIN DE ASOCIACIÓN**

***DATOS PERSONALES***

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Apellidos** \_\_\_\_\_

**DNI** \_\_\_\_\_

**Provincia de ejercicio** \_\_\_\_\_

**Puesto desempeñado** \_\_\_\_\_

**Institución** -----

**Teléfono Profesional** \_\_\_\_\_ **E-mail** \_\_\_\_\_

**Dirección particular** C/-----

**Nº**-----, **Piso** ----- **Ciudad** -----**Provincia**-----

**Código postal** ----- **Teléfono particular** -----

**E-mail** -----

***DOMICILIACIÓN BANCARIA***

**Sr. Director**

**Le agradecería que a partir de la fecha y hasta nuevo aviso, atienda los recibos que a mi nombre presente al cobro Sociedad Científica Española de Medicina Evaluadora en el Ámbito de la Seguridad Social (SOCEMESS)**

**Entidad Bancaria** \_\_\_\_\_ **Sucursal** \_\_\_\_\_

**Domicilio** \_\_\_\_\_ **Ciudad** \_\_\_\_\_

**IBAN:** -----

\_\_\_\_\_ **a** \_\_\_\_ **de** \_\_\_\_\_ **de 20**\_\_

**Firmado :** \_\_\_\_\_