



## SOLICITUD DE INGRESO EN LA ACADEMIA MEDICO QUIRÚRGICA

Don/Dña \_\_\_\_\_ colegiado nº \_\_\_\_\_

Solicita ser miembro de la Academia Médico Quirúrgica de Ourense a partir de la fecha.

Datos de contacto (voluntario):

Tfno: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

(firma)

Ourense a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN A DOMICILIACIÓN BANCARIA

CUOTA ANUAL : 40 EUROS

Entidad bancaria: \_\_\_\_\_

IBAN:

E	S																					
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Se solicita que acepten el cargo en mi cuenta de los recibos que presente la ACADEMIA MEDICO QUIRURGICA a mi nombre.

Nombre: \_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Población: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Le saluda Atentamente.

(firma)

Orense \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_