



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__