



## BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

D. /D<sup>ña</sup>.: \_\_\_\_\_ nº de colegiado \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Domicilio en: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_

CP: \_\_\_\_\_

MOVIL: \_\_\_\_\_

E-mail (rellenar en mayúsculas) : \_\_\_\_\_

LUGAR DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_

**Solicita ser admitido en la Sociedad Valenciana de Reumatología como:**

SOCIO AGREGADO

SOCIO NUMERARIO

**Avalado por los Socios Numerarios:**

Dr./Dra.: \_\_\_\_\_

Dr./Dra.: \_\_\_\_\_

**Adjunta la fotocopia del título o depósito del título:**

LICENCIADO EN MEDICINA Y CIRUGÍA

ESPECIALISTA

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\_\_