

BOLETÍN DE SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Enviar a C/ Arturo Soria 311, 1º B, 28033 Madrid o al fax 91 30 20 556 o al correo electrónico info@sepb.es



| | |
|--------------------------|----------------------|
| Primer apellido: | <input type="text"/> |
| Segundo apellido: | <input type="text"/> |
| Nombre: | <input type="text"/> |
| DNI: | <input type="text"/> |

| | |
|--|-------------------------------------|
| Fecha de nacimiento: | <input type="text"/> |
| Fecha de expedición del título de especialista: | <input type="text"/> |
| Colegiado en: | <input type="text"/> |
| Número: | <input type="text"/> |
| | <input type="radio"/> Con ejercicio |
| | <input type="radio"/> Sin ejercicio |

| | |
|-------------------------------|----------------------|
| Domicilio particular: | <input type="text"/> |
| Código postal: | <input type="text"/> |
| Localidad y Provincia: | <input type="text"/> |
| Teléfono: | <input type="text"/> |
| Correo electrónico: | <input type="text"/> |

| | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|
| DATOS BANCARIOS | | | |
| Nº de cuenta corriente (20 dígitos) | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | |
|-------------------------------|----------------------|
| Centro de trabajo: | <input type="text"/> |
| Cargo: | <input type="text"/> |
| Dirección: | <input type="text"/> |
| Código postal: | <input type="text"/> |
| Localidad y Provincia: | <input type="text"/> |
| Teléfono: | <input type="text"/> |
| Correo electrónico: | <input type="text"/> |

Socios que le presentan:

Fecha:

Firma: