

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

Nombre y Apellidos: _____

Especialista MFYC: SI / NO Residente MFYC: SI / NO

Colegiado Nº: _____ NIF: _____

Dirección: _____

Población (Prov.): _____ CP: _____

Teléfonos: _____

Correo Electrónico (e-mail): _____

Centro de Trabajo: _____

Temas de interés: _____

DATOS BANCARIOS - ORDEN DE DOMICILIACIÓN

Ruego a Vds. se sirvan tomar nota de que, hasta nuevo aviso, deberán adeudar en mi cuenta o libreta con esta entidad los efectos que les sean presentados para su cobro por la Sociedad Riojana de Medicina de Familia y Comunitaria.

APELLIDOS: _____ NOMBRE: _____

BANCO O CAJA: _____ SUCURSAL: _____

Entidad:	Oficina:	D.C.:	Número:

En _____ a _____ de _____ de 2_____

(Firma del Titular)