



## SOLICITUD SOCIO NO NUMERARIO

### Datos personales

Nombre*				Apellidos*			
Fecha Nacimiento		Sexo	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	DNI			

País		Dirección					
Ciudad				C. Postal		Provincia	

Tfno.		Móvil*		e-mail*			
-------	--	--------	--	---------	--	--	--

### Datos profesionales

Especialidad*	<input type="checkbox"/> Reumatología	<input type="checkbox"/> Otras:					
Categoría*	<input type="checkbox"/> MIR (año de inicio: )	<input type="checkbox"/> Especialista en activo	<input type="checkbox"/> Jubilado				
Centro de trabajo							
País		Dirección					
Ciudad				C. Postal		Provincia	
Tfno.		Extensión		Fax			
e-mail							

Los campos marcados con asterisco (\*), así como todos los relacionados con la domiciliación bancaria, son obligatorios. Para una mejor comunicación con la SARE es aconsejable que rellene también el resto de los campos, incluyendo al menos una forma de contacto rápido, en especial su dirección de correo electrónico.

### Firma socios numerarios

Nombre y Apellidos (1)

Nombre y Apellidos (2)

Nombre y Apellidos (3)

Datos para domiciliación bancaria

**Banco / Caja:** .....

**Código de Cuenta (IBAN)** (incluya el código de control IBAN y los 20 dígitos de la cuenta)

IBAN	Entidad	Oficina	DC	Nº Cuenta

Muy señores míos: Les ruego que hasta nueva orden atiendan con cargo a mi cuenta los recibos de las cuotas anuales extendidos por la Sociedad Asturiana de Reumatología.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Firma:

**Nota:** La cuota anual actual es de 30 €.

*De conformidad con lo establecido por la LO 15/1999, de Protección de datos de Carácter Personal, se le informa que los datos personales que suministre en el presente formulario, serán incorporados a un fichero titularidad de la Sociedad Asturiana de Reumatología (SARE), cuyo fin es la gestión, mantenimiento y prestación a los servicios solicitados a la SARE.*