



SOLICITUD SOCIO 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)

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.