

# **BOLETIN DE ADHESION**

SOCIO N° (no escribir aquí)  
WEB RESTRINGIDA Identificador: Contraseña:

Nombre..... Apellidos.....  
Domicilio Particular.....  
Código Postal..... Población.....  
Provincia..... País.....  
Teléfono..... Fax..... Móvil.....  
Colegiado n°..... Colegio de Médicos de.....  
Especialidad Oficial..... Año.....  
N.I.F. n°.....  
*ACTIVIDAD PROFESIONAL (información al público, medios de comunicación, publicidad colectiva, Internet, etc)*  
Nombre del Centro Médico.....  
Domicilio.....  
Código Postal..... Población.....  
Provincia..... País.....  
Teléfono..... Fax.....  
E-mail..... HTTP.....

*Deseo asociarme a la ASOCIACION MURCIANA DE MEDICINA ESTETICA Y CIRUGIA COSMETICA y manifiesto explícitamente el conocimiento y la conformidad con los Estatutos Sociales.*

*Adjunto Ficha de Datos Profesionales.*

*Adjunto Curriculum Vitae (académico y profesional) y las Referencias de mi Centro de Trabajo (características, homologación, autorización, etc).*

*Se que la Cuota de Adhesión es de 18E y la Cuota de Asociado de 31E por semestre.*

.....  
(población)

.....  
(fecha)

.....  
(firma)

*Me avalan dos Miembros Asociados:*

Dr./Dra.....  
(firma)

Dr./Dra.....  
(firma)

## **DATOS BANCARIOS**

Titular de la Cuenta.....  
Banco/Caja..... Agencia n°.....  
Domicilio Entidad.....  
Código Postal..... Población.....  
Provincia.....

BANCO \_ \_ \_ \_ OFICINA \_ \_ \_ \_ D.C. \_ \_ N° CUENTA \_ \_ \_ \_ \_

## **DOMICILIACIÓN BANCARIA**

*Estimados Sres.: Les ruego que, hasta nuevo aviso, abonen los recibos presentados al cobro por la ASOCIACION MURCIANA DE MEDICINA ESTETICA Y CIRUGIA COSMETICA..*

Titular de la Cuenta.....  
Banco/Caja..... Agencia n°.....  
Domicilio Entidad.....  
Código Postal..... Población.....  
Provincia.....

BANCO \_ \_ \_ \_ OFICINA \_ \_ \_ \_ D.C. \_ \_ N° CUENTA \_ \_ \_ \_ \_

.....  
(firma del Titular)