



INSCRIPCIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DATOS

DATOS PERSONALES

APELLIDOS _____

NOMBRE _____

N.I.F. _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

DIRECCIÓN _____

CÓDIGO POSTAL _____ LOCALIDAD (PROVINCIA) _____

TELÉFONO DOMICILIO _____ TELÉFONO MÓVIL _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

MIR AÑO FINALIZACIÓN _____

ADJUNTO

HOSPITAL _____

PUESTO/CARGO _____

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARÍA

Sr. Director:

Por la presente, ruego atienda los recibos a mi nombre, de la SOCIEDAD VALENCIANA DE MEDICINA INTENSIVA, CRÍTICOS Y UNIDADES CORONARIAS, por importe equivalente a la cuota anual y realice la oportuna transferencia desde mi cuenta.

CUENTA ORDENANTE

TITULAR _____

ENTIDAD _____

SUCURSAL _____

DIRECCIÓN _____

IBAN _____

Fecha:

Firma: