



BOLETIN DE INSCRIPCIÓN

Tel.: 902 190 848 Fax: 902 190 850

Cuota anual: 30 €

DATOS PERSONALES

Nombre Apellidos

NIF/NIE Fecha de nacimiento

Dirección

Población C. Postal Provincia

País Teléfono Móvil

e-mail

DATOS PROFESIONALES

Especialidad Centro de trabajo

Cargo

Dirección

Población C. Postal Provincia

DOMICILIACIÓN BANCARIA

Entidad Bancaria

IBAN

BIC

Dirección



AUTORIZACIÓN BANCARIA

Sr. Director del Banco / Caja de Ahorros

Sucursal

Dirección

Sr. Director

Le ruego dé las órdenes oportunas para que, a partir de ahora y hasta nueva orden, abonen con cargo a mi cuenta número

el recibo anual que les pasará la **ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA**

QUIRÚRGICA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Atentamente

Firmado: