



BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA ORAL

Nombre: Apellidos:
Dni: Fecha de nacimiento:
Domicilio: Localidad
Provincia: C.P.:
Tfno.: Fax: Movil:
Año Lic.: Odontólogo Estomatólogo Cirugía Maxilofacial.....
Colegio Dentistas: Región:
Correo electrónico:

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN BANCARIA

Sr Director:
Con cargo a mi cuenta, cuyo Código de Cliente, figura a pie de página, ruego abonen los recibos que presentará la Sociedad Española de Medicina Oral.
Atentamente
Fdo: Fecha

C.C.C.

Estándar: 60 € Joven Dentista: 35 € Joven Estudiante: 15 €