



**Sociedad Española
de Medicina Oral**

Boletín de inscripción Sociedad Española de Medicina Oral (SEMO)

Nombre:

Apellidos:

DNI:

Titulación:

Año graduación:

Dirección postal:

Dirección electrónica:

Número de teléfono:

IBAN:

Mediante la firma de la presente orden de domiciliación bancaria, usted autoriza a la Sociedad Española de Medicina Oral (SEMO) con CIF: G78896941 a realizar el primer cargo correspondiente a su cuota anual y a los cargos recurrentes correspondientes a sus cuotas anuales en su cuenta bancaria.

MUNICIPIO, FECHA Y FIRMA

En _____ a día, _____ de _____ de 201__

** Enviar el presente boletín de inscripción escaneado a semo@semo.es

Sociedad Española de Medicina Oral (SEMO)

C/ Alcalá, 79. 28009. Madrid.

semo@semo.es