



Sociedad Española de Medicina Oral

Boletín de inscripción Sociedad Española de Medicina Oral SEMO

NOMBRE:

APELLIDOS:

Dirección de correo electrónico:.....

DIRECCIÓN POSTAL COMPLETA:.....

CÓDIGO POSTAL:.....LOCALIDAD:.....

PROVINCIA:.....PAIS:.....

DATOS BANCARIOS: IBAN :

TITULACIÓN: AÑO DE GRADUACIÓN:

DNI:..... TELÉFONO:

TIPO DE SOCIO:

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.

En _____ a día _____ de _____ de 20__

COMPLETAR Y ENVIAR A

semo@semo.es

Sociedad Española de Medicina Oral (SEMO)

C/ Alcalá, 79. 28009. Madrid