



**Sociedad Pediátrica de Especialistas Quirúrgicos e Intensivos**

Nombre:

Apellidos:

NIF:

Dirección postal:

Calle/Plaza:

Nº:

Piso:

Puerta:

Correo electrónico:

Teléfono Móvil:

Especialidad profesional:

Solicito ser admitido como socio en la Asociación Sopequin, acatando sus estatutos. Autorizo el cargo de los recibos en la siguiente cuenta corriente de la que soy titular:

Entidad bancaria:

Número de cuenta:

Firma: