



BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

APELLIDO 1º					APELLIDO 2º														
NOMBRE					DNI														
NATURAL DE :					FECHA DE NACIMIENTO:														
DIRECCION					CP														
LOCALIDAD					E-mail														
TELEFONO					2º TELEFONO														
LICENCIADO EN MEDICINA, AÑO / FACULTAD: (Adjuntar copia titulo)																			
ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA, TITULO / AÑO: (Adjuntar copia titulo)																			
MEDICO RESIDENTE EN PEDIATRÍA, AÑO / CENTRO: (Adjuntar Certificado del Centro)																			
OTRA ESPECIALIDAD / PROFESIÓN: (Adjuntar copia titulo)																			
BANCO					AGENCIA														
CODIGO IBAN (24 dígitos)																			

Solicito pertenecer a la Sociedad Valenciana de Pediatría, como Socio Agregado/Numerario
(Tache lo que NO proceda)

Fecha y firma del interesado:

Propuesto por los Socios Numerarios:

Nombre y Firma

Nombre y Firma

De acuerdo con la Ley 15/1999, esta Sociedad guarda las medidas de confidencialidad establecidas en la Ley y usted podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación y cancelación en la dirección de la SVP