



....., de de 20__

Muy Sres. míos:

A continuación, les comunico mis datos personales con el fin de pertenecer como socio a la **Sociedad Española de Enfermería Oftalmológica** o, como ya lo soy, domiciliar mis pagos de cuotas en la cuenta de la Sociedad.

Apellidos:
Nombre:
DNI (Incluida letra):
Domicilio:
CP.: **Localidad**
Provincia
Teléfono **E-mail**
Título de D.U.E. expedido por la Universidad **fecha**

Centro de Trabajo:
Dirección
Población **CP** **Provincia**

Podrá abonar la cuota anual (50,00.-€) mediante domiciliación bancaria:

CARTA DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

Autorizo por la presente a la Sociedad Española de Enfermería Oftalmológica a cargar a mi cuenta número:

Datos Bancarios:

Entidad

Oficina

DC

Nº de Cuenta

las cuotas anuales de socio que correspondan y hasta nuevo aviso.

Firma (Imprescindible):

Remitir este Boletín a:
Sociedad Española de Enfermería Oftalmológica (Secretaría)
C/. Padua, 94 bajos
08006 – Barcelona
secretaria@seeoft.es