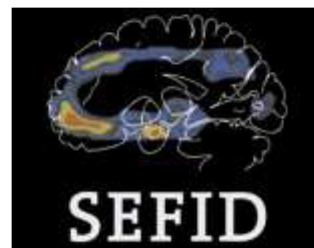


AFILIACIÓN



SEFID

Sociedad Española de Fisioterapia y Dolor

La cuota de afiliación es de 60€/año (15% de descuento para colegiados con convenio con la SEFID), dando derecho a:

- Ser miembro numerario de la sociedad.
- Elegir o ser elegido para la Junta Directiva de la Sociedad.
- Participar en los Cursos y Congresos organizados o patrocinados por la SEFID, con importantes descuentos en los precios de inscripción.
- Participar en los proyectos de investigación patrocinados por la SEFID.
- Inclusión en el directorio de Centros de Fisioterapia, a disposición en el Área del Paciente.

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos _____ NIF _____
Domicilio _____ Población _____
Provincia _____ C.P. _____ Teléfono/s _____
e-mail _____ Fax _____
Centro de trabajo _____
Miembros Avalistas:
1) Nombre _____ Firma _____
2) Nombre _____ Firma _____

DATOS BANCARIOS

Inscríbame a través de mi cuenta bancaria:
CCC. Banco L L L L L Sucursal L L L L L D.C. L L N° Cuenta L L L L L L L L L L L L L
Titular _____ Firma _____
Pertenece a un Colegio con convenio con la SEFID (15%: Sí O No O
Acepto remitir mis datos a la SEFID: Sí O No O

SEFID

DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN PARA EL BANCO

Banco/Caja _____
Dirección _____ Población _____ C.P. _____
Titular de la cuenta _____
CCC. Banco L L L L L Sucursal L L L L L D.C. L L N° Cuenta L L L L L L L L L L L L L
Ruego que, con cargo a mi cuenta, atiendan los recibos presentados al cobro para la Sociedad Española de Fisioterapia y Dolor.
En _____, a _____ de _____ de 20__

FIRMA DEL TITULAR

La cumplimentación de este formulario autoriza a la Sociedad Española de Fisioterapia y Dolor para incorporar sus datos a nuestro fichero de socios, datos que se destinarán a ofrecerle periódicamente todo tipo de información sobre nuestras actividades.

Si usted desea acceder, rectificar o cancelar sus datos en todo lo referente a la LO 15/1999, dirijase por e-mail a sefidsp@gmail.com