

Boletín de Socio Residente de la SEEOP



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
ESTRABOLOGÍA Y OFTALMOLOGÍA
PEDIÁTRICA

C/ Arcipreste de Hita, 14, 1.º Dcha.
Tfnos.: 91 544 58 79 - 91 544 80 35
Fax: 91 544 18 47
28015 MADRID

_____, _____ de _____ de _____

Muy Sres. míos:

A continuación les comunico mis datos personales con el fin de pertenecer como socio numerario a la Sociedad Española de Estrabología y Oftalmología Pediátrica:

Nombre Apellidos
Dirección
Ciudad C. P. Provincia
Teléfono Fax Móvil
E-mail

Caja/Banco
Dirección Localidad

Atentamente,

Código Cuenta Cliente			
Entidad	Oficina	D.C.	Número de Cuenta
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

* Imprescindible rellenar todos los dígitos.

Fdo.

Cuota anual de socio **80 €**

Cuota anual de socio residente (con certificado acreditativo) **50 €**

Remitir este Boletín debidamente cumplimentado a:

C/. Arcipreste de Hita 14, 1.º Dcha.
28015 Madrid
España

✂.....

AUTORIZACIÓN DE PAGO PARA ENTREGAR EN SU ENTIDAD BANCARIA

Muy Sres. míos:

Por la presente, les ruego que a partir de esta fecha y hasta nueva orden, tengan la amabilidad de abonar los recibos que con cargo a mi cuenta cc/ca n.º....., que mantengo en esa Entidad, les presente la **Sociedad Española de Estrabología y Oftalmología Pediátrica.**

Atentamente.

Nombre y Apellidos

..... Fdo.

_____, _____ de _____ de _____