SOCIEDADE GALEGA DE CARDIOLOXÍA

☐ Solicitude de alta

☐ Modificación de datos

Nome e Apelidos: _____

Data de nacemento: _____ DNI: _____

Enderezo:

Rúa, nº, piso: _____

Poboación: _____ Cod. Postal: _____

Teléfono particular : _____ Traballo : _____

Nº Fax: _____ e-mail: _____

Ano de Licenciatura: _____

Ano de título de especialista: _____

Centro no que traballa: _____

Cargo que ostenta: _____

Data: _____ de _____ de _____ Firma do solicitante:

SOCIEDADE GALEGA DE CARDIOLOXIA

Domiciliación bancaria para o cobro de cotas (48,08 Eur. anuais)

Desexo me sexan cargados os recibos na miña conta:

IBAN: _____

Data: ……. Sinatura:

Dr. ……

Remitir a: Sociedade Galega de Cardioloxía. Wenceslao Fernández Flórez, 2– 1º.15005. A Coruña.
Tfno: 981 902 113. - e-mail: info@sogacar.com