

Nº inscripció

## DADES GENERALS

**Llinatges**  **Nom**

**Sexe** Home  Dona

**DNI**

**Data de naixement**

**Domicili**

**Municipi**  **Província**  **Codi Postal**

**Teléfono 1**  **Teléfono 2**  **e-mail**

**Professió**  **Especialitat**

**Centre de treball**

**Teléfono 1**  **e-mail**

**Quota:** 40€ any

## DADES DE PAGAMENT

Autoritzo a carregar al meu compte corrent/llibreta i fins a nou avís els rebuts que li siguin presentats per la Sociedad Balear de Cuidados Paliativos - IllesPal

Nº Compte Bancari /IBAN	Entitat	Oficina	Dígit de control	Nº Compte
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Signatura**  **Data**