

Nº inscripción

DATOS GENERALES

Apellidos Nombre Sexo Hombre Mujer DNI Fecha de nacimiento Domicilio Municipio Provincia Código Postal Teléfono 1 Teléfono 2 e-mail Profesión Especialidad Centro de trabajo Teléfono 1 e-mail

Cuota: 40€ año.

DATOS DE PAGO

Autorizo a cargar en mi cuenta corriente/libreta hasta nuevo aviso los recibos que le sean presentados por la Sociedad Balear de Cuidados Paliativos - IllesPal

Nº Cuenta bancario/IBAN

Entidad

Oficina

Dígito de control

Nº Cuenta

Firma

Fecha