



....., de de 20__

Muy Sres. míos:

A continuación les comunico mis datos personales con el fin de pertenecer como **socio** a la **Sociedad Española de Enfermería Oftalmológica O**, como ya lo soy, domiciliar mis pagos de cuotas en la cuenta de la Sociedad.

Apellidos:

Nombre:

DNI (Incluida letra):.....

Domicilio:

CP.: **Localidad** **Provincia**

Teléfono **Fax** **E-mail**

Título de D.U.E. expedido por la Universidad **de fecha**.....

Centro de Trabajo:

Dirección

Población **CP** **Provincia**

Podrá abonar la **cuota anual (50,00.-€)** mediante domiciliación bancaria:

CARTA DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

Autorizo por la presente a la Sociedad Española De Enfermería Oftalmológica a cargar a mi cuenta número:

Datos Bancarios:

Entidad	Oficina	DC	N.º de Cuenta
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

las cuotas anuales de socio que correspondan y hasta nuevo aviso.

Firma (Imprescindible):

[Empty box for signature]

Remitir este Boletín a :

Sociedad Española de Enfermería Oftalmológica (Tesorería)
C/. Gozón 6 - 5ºE
33012 – Oviedo
Principado de Asturias.