

SOLICITUD INSCRIPCIÓN A SEAPA

Datos personales

Nombre*
Apellido 1º*
Apellido 2º*
DNI*
Dirección*
Ciudad*
C.P.
Teléfono*
Correo electrónico*

Lugar de trabajo

Centro de trabajo
Dirección
Ciudad
Teléfono
Fax
Correo electrónico

Orden bancaria

Código IBAN de la cuenta bancaria* _____



Fecha:

Ruego que a partir de la fecha y hasta nuevo aviso, abone con cargo a mi cuenta/libreta de ahorros, los recibos que les sean presentados por SEAPA (Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias).

Firma del Titular

Cuota anual: 36 euros

- Acepto la política de privacidad, explicada en la página web de donde bajo este documento.
- No acepto la política de privacidad
- Deseo suscribirme al boletín electrónico de SEAPA

Los campos con asterisco (*) son obligatorios.