



....., 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:

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

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

Firma (Imprescindible):

Remitir este Boletín a:
secretaria@seeof.es