

Boletín de Socio de la SEDOP



SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE OFTALMOPEDIATRÍA

C/. ARCIPRESTE DE HITA, 14, 1.º DCHA.
28015 MADRID
TELS. 91 544 58 79 - 91 544 80 35
FAX. 91 544 18 47

_____, _____, de _____ de _____

Muy Sres. míos:

A continuación les comunico mis datos personales con el fin de pertenecer como socio numerario a la **Sociedad Española de Oftalmopediatría**:

Nombre

Apellidos

Dirección

Ciudad C.P. Provincia

Teléfono Fax Móvil

E-mail

Caja/Banco

Dirección Localidad

Código Cuenta Cliente				
IBAN	Entidad	Oficina	D.C.	Número de Cuenta
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Imprescindible rellenar todos los dígitos				

Atentamente,

Fdo.

Remitir este Boletín debidamente cumplimentado a:

- Por correo ordinario a: C/. Arcipreste de Hita, 14, 1.º Dcha. 28015 Madrid. España o bien por
- Vía e-mail: yolanda@oftalmo.com