

BOLETÍN DE AFILIACIÓN

-IMPRESINDIBLE ADJUNTAR COPIA DEL TÍTULO-

APELLIDOS.....
 NOMBRE.....FECHA DE NACIMIENTO.....
 AÑO LICENCIATURA/ DIPLOMATURA.....UNIVERSIDAD.....
 TESIS DOCTORAL SI NO

DOMICILIO PARTICULAR

DIRECCIÓN.....Nº.....PISO.....
 C.P.....POBLACIÓN.....PROVINCIA.....
 TELÉFONO PARTICULAR.....MOVIL.....

CENTRO DE TRABAJO

HOSPITAL/CLINICA.....
 SERVICIO.....
 DIRECCIÓN.....
 C.P.....POBLACIÓN.....PROVINCIA.....
 TELÉFONO.....EXTENSIÓN.....FAX.....
 *E-MAIL.....
** indique claramente el mail*

ENVIAR CORRESPONDENCIA: DOMICILIO PARTICULAR TRABAJO

SITUACION LABORAL

NUMERARIOS:

- | | |
|---|---|
| MÉDICO <input type="checkbox"/> | *TÉCNICO <input type="checkbox"/> |
| FARMACÉUTICO <input type="checkbox"/> | *DUE <input type="checkbox"/> |
| FÍSICO <input type="checkbox"/> | *OTROS <input type="checkbox"/> |
| QUÍMICO <input type="checkbox"/> | *PÚBLICO <input type="checkbox"/> |
| EJERCICIO PRIVADO <input type="checkbox"/> | *EJERCICIO PRIVADO <input type="checkbox"/> |
| RESIDENTE <input type="checkbox"/> AÑO..... | *OTROS(especificar)..... |

SOCIOS QUE AVALAN SU CANDIDATURA:

D/DÑA.....FIRMA.....
 D/DÑA.....FIRMA.....

DOMICILIACIÓN BANCARIA

CÓDIGO ENTIDAD
 CODIGO OFICINA

DIGITO DE CONTROL
 Nº DE CUENTA

AUTORIZO EL CARGO DE LOS RECIBOS QUE PRESENTE LA SEMNIM FIRMADO:

“Los datos personales incluidos en este documento son de carácter confidencial. De acuerdo con la ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, el titular de estos podrá ejercer su derecho de acceso, rectificación y cancelación solicitándolo por escrito a SEMNIM. C/ Casado del Alisal nº 14. 28014. Madrid”