

BOLETÍN DE AFILIACIÓN

- IMPRESCINDIBLE ADJUNTAR COPIA DEL TÍTULO (LICENCIATURA) -

| | |
|--|--------------------------|
| APELLIDOS..... | |
| NOMBRE..... | FECHA DE NACIMIENTO..... |
| DNI..... | |
| AÑO LICENCIATURA..... | |
| UNIVERSIDAD..... | |
| TESIS DOCTORAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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..... | |
| <i>* indique claramente el mail</i> | |
| ENVIAR CORRESPONDENCIA: <input type="checkbox"/> DOMICILIO PARTICULAR <input type="checkbox"/> 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

| | | |
|---|---|--|
| IBAN ES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | CÓDIGO ENTIDAD <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | CODIGO OFICINA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| DIGITO DE CONTROL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Nº 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"/> | |

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”