

Nº DE SOCIO .....

## SOLICITUD MIEMBRO SOCIEDAD

NOMBRE Y APELLIDOS \_\_\_\_\_

Nº D.N.I. \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ FECHA EN LA QUE ASOCIA \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ N.º \_\_\_\_\_

POBLACIÓN \_\_\_\_\_ C. POSTAL \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

CENTRO Y LUGAR DE TRABAJO \_\_\_\_\_

CARGO DESEMPEÑADO \_\_\_\_\_

BANCO O CAJA DE AHORROS \_\_\_\_\_

SUCURSAL \_\_\_\_\_ N.º CUENTA \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ POBLACIÓN \_\_\_\_\_

Cuenta Cte. o Ahorro N°\_\_\_\_\_

Banco o Caja Oficina Control N.º cuenta (10 dígitos)

**Cuota anual:** 7.000 ptas. (Firma)

**Enviar a:** Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC)  
Avda. Menéndez Pelayo, 93; 28007 Madrid

## Orden de pago por domiciliación bancaria

Nombre del titular de la cuenta \_\_\_\_\_

Banco/Caja de ahorros \_\_\_\_\_ N.º Suc. \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_

D.P. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Ruego a Vds. se sirvan tomar nota que hasta nuevo aviso deberán adeudar en mi cuenta corriente con esa entidad el recibo que anualmente y a mi nombre les sea presentado para su cobro por la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA INTENSIVA Y UNIDADES CORONARIAS (SEEIUC).

Les saluda atentamente  
(firma)

Fecha \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_