



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
ENFERMERÍA OFTALMOLÓGICA

SECRETARÍA GENERAL
C/. Donoso Cortés, 73, 1.º
Tels. 91 544 58 79 - 91 544 80 35
Fax: 91 544 18 47
28015 MADRID
asociaciones@telefonica.net

_____, _____ 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 Enfermería Oftalmológica**:

Nombre Apellidos
Dirección
Ciudad C. P. Provincia
Teléfono Fax Móvil
E-mail
Título de D.U.E. expedido por la Universidad de fecha
Centro de Trabajo
Dirección
Ciudad C. P. Provincia

Podrá abonar la **cuota anual** mediante domiciliación bancaria:

Código Cuenta Cliente			
Entidad	Oficina	D.C.	Número de Cuenta
□□□□	□□□□	□□	□□□□□□□□□□□□

* **Imprescindible rellenar todos los dígitos.**

Fdo.

Cuota anual de socio 50 €
--

Remitir este Boletín debidamente cumplimentado a :
Sociedad Española de Enfermería Oftalmológica
C/. Donoso Cortés, 73 1.º
28015 Madrid

✂️

AUTORIZACIÓN DE PAGO PARA ENTREGAR EN SU ENTIDAD BANCARIA

Muy Sres. míos:

Por la presente, les ruego que a partir de esta fecha y hasta nueva orden, tengan la amabilidad de abonar los recibos que con cargo a mi cuenta cc/ca n.º....., que mantengo en esa Entidad, les presente la **Sociedad Española de Enfermería Oftalmológica**.

Atentamente.

Nombre y Apellidos

..... Fdo.

_____, _____ de _____ de _____