



BOLETIN DE INSCRIPCIÓN DE LA ASOCIACIÓN DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE CANARIAS (APapCanarias)

Rellenar con mayúsculas y enviar por correo o fax a:
Colegio Oficial de Médicos (Asociación de Pediatría de Atención Primaria)
C/Horacio Nelson 17. SC Tenerife 38006
Fax 922 270766

Apellidos.....
Nombre.....
Dirección.....
Población.....
Provincia..... **Código Postal**.....
Teléfono..... **Correo electrónico**.....
NIF..... **Fecha de nacimiento**.....
Centro de trabajo **Fax**.....

- Tipo de socio:**
- Pediatra
 - Medico
 - MIR
 - Enfermería

Datos de Domiciliación Bancaria. Cuota 2010: 30 €

Sr. Director: sírvase de tomar nota de atender hasta nuevo aviso, con cargo a mi cuenta, los recibos que a mi nombre le sean presentados para su cobro por la APapCanarias:

Titular de la cuenta.....

Entidad	Oficina	DC	Nº de Cuenta	(total 20 dígitos)

Fecha y firma

"Autorizo a incluir mis datos en un fichero registrado por la Agencia de Protección de Datos, que sólo se pueden utilizar por esta Asociación y la Sociedad Española de Pediatría de Atención Primaria y no se utilizaran para otra finalidad. Así mismo tendré derecho a eliminar y/o modificarlos, si así lo deseo"

(A cumplimentar por la secretaría de la asociación)	
Nº socio nacional/autonómico.....
Cargo:.....	Fecha de alta/baja.....
Grupo de trabajo:.....	Fecha de alta/baja.....