

Sociedad de Acupuntura Médica de España

Solicitud de Ingreso (imprime este formulario y envíalo por correo/fax con fotocopia del DNI a la dirección que figura al pie. No olvides firmarlo). La Junta Directiva estudiará tu solicitud.

(Escribir con LETRA DE IMPRENTA o rellenar a máquina)

DATOS PERSONALES

Apellidos:		Nombre:	
Domicilio habitual			
Dirección:			
Población:		Código postal:	Provincia:
Teléfono:		Tel. móvil:	E-Mail:

DATOS DE TU EJERCICIO PÚBLICO

Domicilio de trabajo (ejercicio **público**)

Empresa:			
Puesto que desempeña:			
Dirección:			
Población:		Código postal:	Provincia:
Teléfono:		Teléfono 2:	E-Mail:

DATOS DE TU EJERCICIO PRIVADO

Domicilio de trabajo (ejercicio **privado**)

Dirección:			
Población:		Código postal:	Provincia:
Teléfono:		Teléfono 2:	E-Mail:

DATOS OFICIALES

Colegio de Médicos de:

Número col.:

En caso de no estar colegiado deberá adjuntar fotocopia compulsada del título de Licenciado en Medicina

DNI:		<input checked="" type="checkbox"/> Miembro de la Sección Colegial de:	
		<input checked="" type="checkbox"/> Miembro de la Sociedad:	
		<input checked="" type="checkbox"/> No inscrito en ninguna Sección o Sociedad	
¿Desde cuando ejerce la acupuntura? Desde 1.9_____;			

DATOS ACADÉMICOS

Relación de cursos realizados

Denominación	Entidad que los imparte	Horas lectivas
1		
2		
3		
4		
5		
6		

DATOS BANCARIOS

Datos bancarios para domiciliación de la cuota (20 dígitos)

entidad		oficina		d.c.	número de cuenta (10 posiciones)														

Por la presente solicito el ingreso en la Sociedad de Acupuntura Médica de España.

Adjunto los siguientes documentos:

Fotocopia DNI

Fotocopia compulsada del título de Licenciado en Medicina

Firma

Fecha

Imprimir, rellenar, firmar y remitir por **correo o Fax** junto con fotocopia del DNI, a:

Sociedad de Acupuntura Médica de España (SAME)

**C/Juan Sebastian El Cano, 44 - 4ªPI. D
41011 Sevilla**

Telf: 955 72 21 21

Fax: 955 72 24 21