

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

DATOS INSTITUCIÓN

Identificación Entidad			
Nombre Completo de la Institución			
Dirección postal			
Código Postal		Provincia	
Ciudad		País	

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

Nombre y Apellidos	
Cargo	

Declaración de Responsabilidad de la Institución:

“Por la presente confirmo la membresía de la Institución de la cual soy representante legal ante la red, con el compromiso de asegurar la participación de mi institución en la implementación de los Estatutos y Reglamentos de la Red Iberófona de Responsabilidad Social en Salud.”

Fecha, firma del Representante Legal y Sello Institución.

IDENTIFICACIÓN DELEGADO DE LA RIRSS DE SU INSTITUCIÓN (Persona de contacto principal)

Nombre y Apellidos	
Título Académico / Cargo	
Teléfono de Contacto:	
Email.	

OTROS DATOS.

Forma de pago de la cuota	Domiciliación bancaria	Transferencia	Otro	
IBAN / Cuenta bancaria				
Observaciones / Comentarios				
¿Cómo nos conociste?	Web	Evento	Otro socio	Otros