

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

DATOS GENERALES

Tipo de Inscripción	
Fecha de solicitud	

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos			
Documento de Identidad / DNI/ NIE / Pasaporte			
Fecha de Nacimiento		Profesión	
Especialidad (si aplica)		Nº Colegiado (si aplica)	
Dirección			
Ciudad		Provincia / Estado	
Código Postal		Teléfono de contacto	
Email.			

DECLARACIÓN RESPONSABLE

“Por la presente, declaro bajo mi responsabilidad que los datos aportados en este formulario son veraces y me comprometo a cumplir los Estatutos y Reglamentos de la Red Iberófona de Responsabilidad Social en Salud”

Fecha, firma:

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

Red Iberófona para la Responsabilidad Social en Salud
G22635387
Avda. de la Universidad s/n, 03202
ELCHE (Alicante)España