**SOLICITUD DE ADMISIÓN SOCIEDAD NEUROLOGÍA PAIS VASCO (SNPV)**

SOCIO ORDINARIO

Señor Presidente:

Me dirijo a Vd para expresar mi deseo de ser admitido como socio ordinario de la SNPV.

Declaro reunir las condiciones de

a) Ser mayores de edad

b) Ser neurólogos en posesión del título oficial de Especialista en Neurología

c) Ejercer la profesión en el Ambito de la CAPV

Mi solicitud está avalada por los miembros de la sociedad:

1)……………………………………………………. Firma:…………………………..

2)…………………………………………………… Firma…………………………..

En……………………….-a …………………………

Firmado

Nombre y dos apellidos.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FICHA SOCIOS** | | | | |
| **SOCIEDAD DE NEUROLOGÍA DEL PAÍS VASCO** | | | | |
|  |  |  |  |  |
| ***Por favor, cumplimente todos los datos solicitados. Gracias.*** | | | | |
|  |  |  |  |  |
| **DATOS PERSONALES** | **FECHA ALTA / ACTUALIZACIÓN (mes, año):** | | | |
| **NOMBRE** |  | | | |
| **APELLIDOS** |  | | | |
| **D.N.I.** |  | | | |
| **FECHA NACIMIENTO** |  | | | |
| **DIRECCIÓN** |  | | | |
| **CP / LOCALIDAD / PROVINCIA** |  |  | |  |
| **TELÉFONO** |  | | | |
| **TELÉFONO MÓVIL** |  | | | |
| **EMAIL DE CONTACTO** |  | | | |
| **DATOS ACADÉMICOS** |  | | | |
| **LICENCIATURA** |  | | | |
| **Nº COLEGIADO** |  | | | |
| **FECHA LICENCIATURA** |  | | | |
| **CENTRO DE TRABAJO** |  | | | |
| **CATEGORIA /CARGO** |  | | | |
| **ESPECIALIDAD** |  | | | |
| **DATOS BANCARIOS** |  | | | |
| **BANCO / CAJA** |  | | | |
| **DOMICILIO BANCO** |  | | | |
| **LOCALIDAD** |  | | | |
| **Nº DE CUENTA** | **BANCO** | **SUCURSAL** | **D.C** | **CUENTA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **NOTA.- Enviar cumplimentada a:** | secretaria@snpv.org | | | |
|  |  |  |  |  |
| **O a la siguiente direccion:** | **Azafatan Alkartea Lankor, S.L.**  Parque Empresarial Zuatzu  Edificio Zurriola, planta baja, local 5  20018 Donotia | | | |