

APROMESS

Asociación Profesional de Médicos Evaluadores de la Seguridad Social



BOLETIN DE ASOCIACION

DATOS PERSONALES

Nombre _____ Apellidos _____

DNI núm. _____

Provincia de ejercicio _____

Puesto desempeñado _____

Situación laboral: Funcionario Interino

Dirección particular C/ _____

Ciudad _____ Provincia _____ Código postal _____

Teléfono: Profesional _____ Particular _____

E-mail _____

DOCIMILIACION BANCARIA

Sr. Director

Le agradecería que a partir de la fecha y hasta nuevo aviso, atienda los recibos que a mi nombre presente al cobro la Asociación Profesional de Médicos Evaluadores de la Seguridad Social.

Entidad Bancaria _____ Sucursal _____

Domicilio _____ Ciudad _____

Código Cuenta Cliente IBAN: _____

_____ a ___ de _____ de 20

Firmado: _____