



**SOLICITUD DE INSCRIPCION**  
Imprima esta página, cumpliméntela y envíela  
por correo a nuestra sede

NOMBRE

DOMICILIO

CÓDIGO POSTAL

POBLACIÓN

Teléfonos

Correo electrónico

CENTRO DE TRABAJO

¿RESIDENTE?

Año de inicio de la residencia

Deseo ser inscrito como miembro de la Sociedad Murciana de Medicina Familiar y Comunitaria.  
Presento la firma de dos socios que avalan mi inscripción

Nombre y firma socio 1

Nombre y firma socio 2

Murcia, a            de            20

Firma del nuevo socio

**ORDEN DE DOMICILIACIÓN BANCARIA**

NOMBRE

NIF

NÚMERO DE CUENTA (20 dígitos)

ENTIDAD

DOMICILIO

Sírvase, salvo orden en contra, adeudar en mi cuenta los recibos que a mi nombre les sean presentados  
por la Sociedad Murciana de Medicina Familiar y Comunitaria.

Murcia, a            de            20

Firma