



## SOCIEDAD DE MEDICINA NUCLEAR E IMAGEN MOLECULAR DE VALENCIA Y MURCIA

### BOLETIN DE INSCRIPCIÓN/MODIFICACIÓN DE DATOS:

Apellidos:  
Nombre:  
DNI: Fecha de Nacimiento:  
Dirección:  
Población: C. Postal:  
Provincia: País:  
Teléfono:  
Correo Electrónico:  
Centro de Trabajo:  
Especialidad: Cargo:

**En caso de solicitar ALTA en la Sociedad cumplimentar el apartado siguiente:**

Solicita ser admitido como socio numerario de la Sociedad.

**Cuota anual socio Ordinario: 30 euros.**

**Cuota anual para MIR, Enfermeros, Técnicos y Asociados: 20 euros.**

**Socio Avalador (obligatorio):**

-Nombre:.....Firma:

**Socio Avalador (obligatorio):**

-Nombre:.....Firma:

**DATOS BANCARIOS :**

Hasta nuevo aviso ruego que sirvan adeudar en mi cuenta reseñada al pie, los recibos que anualmente les sean presentados a favor de SOCIEDAD DE MEDICINA NUCLEAR e IMAGEN MOLECULAR DE VALENCIA Y MURCIA.

BANCO: .....

Sucursal: .....

Domicilio .....

Población ..... CP.....

Nombre del Titular de la Cuenta:.....

Nombre del Titular de los Recibos: .....

**Código IBAN Cuenta Corriente:** .....

Fecha: .....

Firma del Socio:

**En caso de solicitar BAJA, marcar y firmar:**

Solicita ser dado de baja como socio numerario de la Sociedad.

Fecha: .....

Firma del Socio:

Remitir al mail: [svmn1996@smnimvm.es](mailto:svmn1996@smnimvm.es)