



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 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**