



## **DATOS PERSONALES**

---

NOMBRE \_\_\_\_\_  
APELLIDOS \_\_\_\_\_  
TELÉFONO DE CONTACTO \_\_\_\_\_  
DNI \_\_\_\_\_  
E-MAIL \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN POSTAL \_\_\_\_\_  
C.P. \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_

## **DATOS PROFESIONALES**

---

ESPECIALIDAD \_\_\_\_\_  
CENTRO DE TRABAJO \_\_\_\_\_  
CIUDAD \_\_\_\_\_  
NÚMERO DE COLEGIADO \_\_\_\_\_

**CUOTA DE SOCIO ACTIVO: 50 € ANUAL**

## **ORDEN DE PAGO DOMICILIACIÓN BANCARIA**

---

NOMBRE DEL BANCO/CAJA \_\_\_\_\_  
IBAN-Nº DE CUENTA \_\_\_\_\_  
TITULAR DE LA CUENTA \_\_\_\_\_

Ruego a Uds. sírvanse tomar nota de que, hasta nuevo aviso, deberán adeudar en mi cuenta con esa entidad los efectos que les sean presentados para su cobro por la Sociedad Andaluza de Neurocirugía (SOANNE)

Por la presente, expreso mi interés por ser miembro de la SOANNE.

Firmado:

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

Le ruego cumplimente el siguiente formulario con los datos solicitados y lo envíe junto a la documentación a aportar a la Secretaría Técnica de la Sociedad Andaluza de Neurocirugía por mail:

E-mail: [secretaria@soanne.es](mailto:secretaria@soanne.es)  
Tels: 950 53 25 39 / 678 42 43 40 / 687 38 78 75  
Carretera Sierra Alhamilla 104 Bajo 04007 Almería  
**SOLUTIONS EVENTOS**

