



**SOCAMPAR**  
SOCIEDAD  
CASTELLANO MANCHEGA  
DE PATOLOGÍA RESPIRATORIA

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

**NOMBRE**

**APELLIDOS**

**DIRECCIÓN**

**C. POSTAL**  **POBLACIÓN**

**PROVINCIA**  **NIF**

**TELÉFONO**  **E-MAIL**

**PROFESIÓN**

**CENTRO DE TRABAJO**

### DATOS DOMICILIACIÓN BANCARIA

Cuota anual: 20€ (FEA)    10€ (DUE)    10€ (MIR)

Les ruego que a partir de la fecha, carguen a mi libreta/cuenta corriente, los recibos que presente para su cobro la Sociedad Castellano Manchega de Patología Respiratoria (SOCAMPAR)

**NOMBRE BANCO**

Código Cuenta Bancaria

**IBAN**

**FECHA**

**FIRMA**

Enviar este documento una vez cumplimentado a la Secretaría de la Sociedad Castellano Manchega de Patología Respiratoria al fax nº 969214473 o al e-mail: info@socampar.com

Tel información: 646540008

**IMPRIMIR FORMULARIO**