



FORMULARIO DE SOLICITUD DE ALTA DE SOCIO

A enviar junto con su título académico a secretaria@socalpar.com

D./D^a _____

FECHA NACIMIENTO _____ NIF _____

DOMICILIO: _____

C.P. _____ LOCALIDAD _____ PROVINCIA _____

MÓVIL _____ E-MAIL _____

CENTRO DE TRABAJO _____

LOCALIDAD _____ PROVINCIA _____

MARQUE OPCIÓN QUE MEJOR REPRESENTA SU ACTIVIDAD ASISTENCIAL

- MEDICINA, NEUMOLOGÍA
- MEDICINA, CIRUGÍA TORÁCICA
- ENFERMERÍA
- FISIOTERAPIA RESPIRATORIA
- MEDICINA, RADIODIAGNÓSTICO
- MEDI
- CINA, ANATOMÍA PATOLÓGICA
- OTRA, INDIQUE CUAL _____

INDIQUE SI PROCEDE

- JEFE DE SERVICIO
- RESIDENTE , AÑO _____
- OTRO _____

SEÑALE SI FUERA TUTOR Y TIPO _____

INDIQUE SI TIENE INTERÉS EN PERTENECER A ALGUNO DE LOS ACTUALES
GRUPOS DE TRABAJO

- ASMA
- EPID
- EPOC
- TABAQUISMO
- VENTILACIÓN

IBAN DE LA CUENTA BANCARIA DONDE AUTORIZA EL CARGO DE LA CUOTA
ANUAL DE SOCIO (24 dígitos):

FECHA: _____

FIRMA: