



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA

SOLICITUD DE ADMISIÓN

DATOS PERSONALES

Nombre:..... Apellidos:.....

Natural de:..... Provincia de:....., nacido el día/...../....., con DNI nº, edad:.....

Domicilio:..... Población:.....

Código postal:.....Provincia:..... País:.....

Teléfono:..... Fax:..... e-mail.....

Si desea que se indique en el Directorio que sus datos personales no pueden utilizarse con finalidades publicitarias o de prospección comercial, marque la casilla con una cruz

DATOS PROFESIONALES

Cargo:..... Departamento:.....

Lugar de trabajo:.....

Domicilio:..... Población:.....

Código postal:.....Provincia:..... País:.....

Teléfono:..... Extensión:..... Fax:.....

e-mail:.....

Desea ser admitido como miembro

A NUMERARIO

B EN FORMACIÓN

C CORRESPONSAL

D CORRESPONSAL EN FORMACIÓN

E ADHERIDO

de la Sociedad Española de Neurología

A C Licenciado en la Facultad de en el año

de la Universidad en el año

Título de Especialista en Neurología en en el año

B Realizando el programa MIR de Neurología en

Fecha de inicio:/...../.....

Fecha prevista de finalización:/...../.....

D Realizando la residencia de Neurología en

Fecha de inicio:/...../.....

Fecha prevista de finalización:/...../.....

E Título de en el año

en el año en

A NUMERARIO: Neurólogos españoles o que residan en España y se encuentren en pleno ejercicio profesional de su actividad.

B EN FORMACIÓN: Médicos que realizan su formación como neurólogos en España dentro del Programa Nacional de Formación de Especialistas.

C CORRESPONSAL: Neurólogos extranjeros sin actividad profesional en España.

D CORRESPONSAL EN FORMACIÓN: Médicos extranjeros que realizan su formación como neurólogos también en el extranjero.

E ADHERIDO: Profesionales españoles no neurólogos involucrados en cualquiera de los aspectos asistenciales, administrativos, científicos o sociales relacionados con las enfermedades neurológicas.

DATOS BANCARIOS

Entidad:..... Sucursal nº.....

Domicilio bancario:..... Población:.....

Código postal:.....Provincia:..... País:.....

Nombre del titular:.....

Nº IBAN E S ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____
(imprescindible indicar los 24 caracteres)

Grupo o grupos de la SEN a los que desea pertenecer:

Firma de dos socios numerarios:

Firma del solicitante:

Nombre y apellidos:

Nombre y apellidos:

Admitido definitivamente en la Reunión de la Junta Directiva celebrada en fecha

Firma del Presidente

SOCIO Nº

Baja por:..... Con fecha/...../.....