



SOLICITUD MIEMBRO DE SEAPA

Datos Personales

Nombre*																					
Apellido 1º*																					
Apellido 2º*																					
Dirección*																					
Ciudad*											CP:										
Teléfono*																					
Correo Electrónico																					

Lugar de Trabajo

Centro de Trabajo*																					
Dirección*																					
Ciudad *											CP:										
Teléfono*																					
Fax																					
Correo Electrónico																					

Orden Bancaria:

Nº Cuenta (20 dígitos)*																				
Banco o Caja*																				
Agencia Nº*																				
Fecha																				

Ruego que a partir de la fecha y hasta nuevo aviso, abone con cargo a mi cuenta/libreta de ahorros, los recibos que les sean presentados por SEAPA (Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias)

Firma del Titular

Acepto la política de privacidad, explicada en la página web de donde bajo éste documento.

No acepto la política de privacidad.

Los campos marcados con asterisco (*) son obligatorios.