



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ODONTOESTOMATOLOGÍA PARA EL MINUSVÁLIDO Y PACIENTES ESPECIALES
(SEOEME)

SOLICITUD DE INGRESO

Imprima esta página y cumplimente a máquina o con letra de imprenta, o bien, antes de imprimir, cumplimente los datos directamente en el archivo PDF, rellenando los campos correspondientes.

Apellidos: _____

Nombre: _____

Dirección Particular:

Dirección: _____ C.P.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono(s): _____

E-mail: _____

Dirección Profesional:

Nombre: _____

Dirección: _____ C.P.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono(s): _____ Fax: _____

*Marque con una X dónde desea recibir la correspondencia postal de la SEOEME (circulares, revistas, etc.)

Dirección particular

Dirección profesional

* Marque con una X y rellene donde corresponda.

Profesional colegiado N°: _____ Colegio o Región: _____

Estudiante (cursando los 2 últimos años de Odontología) Higienista

Auxiliar de Odontología

Datos Bancarios para Domiciliación de Cuotas (A rellenar sólo por los solicitantes con cuenta bancaria en España)

Nombre de la entidad y dirección de la sucursal: _____

Código cuenta cliente (los 20 dígitos): _____

Fecha: ____ / ____ / _____

Firma:
