

# Ficha Admisión nuevos Socios

## SOCIEDAD UROLÓGICA MADRILEÑA

(Marcar lo que proceda)

SOLICITUD DE ADMISIÓN DE SOCIO

ACTUALIZACIÓN DE DATOS

### DATOS PERSONALES

Apellidos, nombre \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Población: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ F. Nacimiento: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Tel. Móvil: \_\_\_\_\_

### DATOS BANCARIOS donde domiciliar los recibos anuales (20 dígitos)

La cuota anual es gratuita para Residentes

IBAN	Entidad	Sucursal	D.C.	Cuenta
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

BIC

### DATOS PROFESIONALES

Centro de Trabajo: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Población: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Madrid, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201

Fdo. Dr. \_\_\_\_\_

Envíe su solicitud, preferentemente,  
al siguiente correo electrónico: [uromadrid@gmail.com](mailto:uromadrid@gmail.com)

Por correo postal:  
Sociedad Urológica Madrileña  
Valenzuela, 6 1º Dcha. - 28014 Madrid  
Teléfono: 913640849