

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN



RODRIGUEZ REGUERO
Clínica Médica

FECHA DE ALTA:

SOCIO Nº:

TITULAR

NOMBRE	_____	DNI	_____
APELLIDOS	_____		
DIRECCIÓN	_____	C.P.	_____
LOCALIDAD	_____		
TELÉFONO FIJO	_____	TELÉFONO MÓVIL	_____
EMAIL	_____		

BENEFICIARIOS

NOMBRE	_____	DNI	_____
APELLIDOS	_____	PARENTESCO	_____
DIRECCIÓN	_____	C.P.	_____
LOCALIDAD	_____		
TELÉFONO FIJO	_____	TELÉFONO MÓVIL	_____
EMAIL	_____		
NOMBRE	_____	DNI	_____
APELLIDOS	_____	PARENTESCO	_____
DIRECCIÓN	_____	C.P.	_____
LOCALIDAD	_____		
TELÉFONO FIJO	_____	TELÉFONO MÓVIL	_____
EMAIL	_____		
NOMBRE	_____	DNI	_____
APELLIDOS	_____	PARENTESCO	_____
DIRECCIÓN	_____	C.P.	_____
LOCALIDAD	_____		
TELÉFONO FIJO	_____	TELÉFONO MÓVIL	_____
EMAIL	_____		

FORMA DE PAGO: emisión mensual de recibo por la clínica.

IMPORTE:

ENTIDAD BANCARIA:

Número de cuenta:

IBAN				Entidad B.				Sucursal				DC		Nº de cuenta								

Firmado: