

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENDODONCIA
Solicitud de admisión como miembro numerario

Apellidos Nombre
NIF Fecha de nacimiento
Nacionalidad Colegiado nº Colegio
Tiempo aproximado que dedica a la endodoncia en su consulta (%)

Dirección consulta.

Calle C.P.
Población Provincia
Teléfono Fax e-mail

Dirección particular

Calle C.P.
Población Provincia
Teléfono Fax e-mail

Dirección de correspondencia: consulta , particular

Domiciliación bancaria

Entidad Oficina DC Número de cuenta

--	--	--	--

Titulaciones

Ldo. medicina, año: Universidad
Estomatología, año: Universidad
Ldo. Odontología, año: Universidad
Doctor, año: Universidad
Cargo académico: Universidad

Si autorizo a la Asociación Española de Endodoncia a que incluya mis datos profesionales en la próxima edición de la MEMORIA y en la zona restringida a miembros de la pagina web de dicha Asociación.

NO autorizo a la Asociación Española de Endodoncia a que incluya mis datos profesionales en la próxima edición de la MEMORIA y en la zona restringida a miembros de la pagina web de dicha Asociación.

Fecha: Firma:

Enviar este impreso a:

Asociación Española de Endodoncia. General Margallo, 29 – bajo. 28020 Madrid.