



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA

Villanueva, 11 – 3º, 28001 Madrid. TELÉFONO: (91) 4354916* FAX: (91) 4355043

WEB: www.aeped.es E-mail: aep@aeped.es

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA BALEAR

Paseo de Mallorca nº 42, 07012, Palma de Mallorca, Baleares

E-mail: josef.utrera@hcin.es

Don/Doña.....

nacido el día.....con domicilio en.....calle.....

.....nº.....piso / puertaprovincia/Isla

código postal..... teléfono.....e-mail

Lugar de trabajo.....Puesto de trabajo.....

Domicilio de trabajo.....

Código postal..... teléfono.....e-mail.....

Especialidad.....Vía MIR: Si No Año de inicio.....

Acreditación por la AEP de subespecialidad pediátrica.....

Manifiesta que, encontrándose en posesión del Título de *Médico Especialista en Pediatría*, desea ser inscrito como **SOCIO NUMERARIO** en la **SOCIEDAD DE PEDIATRÍA BALEAR**, lo que le da derecho automáticamente a ser miembro de la **ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA**.

Se adjunta fotocopia del título de pediatría. Certificado vía MIR. Y en su caso la Acreditación de la AEP.

Se enviará por correo (aunque para mayor agilidad se realice por e-mail) adjuntando la documentación exigida (Sociedad de Pediatría Balear, Paseo de Mallorca nº 42, 07012, Palma de Mallorca, Baleares)

Domiciliación bancaria de la cuota anual que incluye su inscripción en la SOCIEDAD de PEDIATRÍA BALEAR y en la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA:

Banco/ Caja de ahorros

Sucursal nº.....calle.....

Población.....código postalProvincia/Isla

ENTIDAD	OFICINA	D.C.	NÚM. DE CUENTA

Código cuenta:

Ruego a Vds. se sirvan adeudar en mi cuenta con esa entidad el recibo anual que a mi nombre le sea presentado por la **SOCIEDAD de PEDIATRÍA BALEAR**.

Firma del titular

.....a.....de.....de 200.....