

**Sociedad de Pediatría de Galicia – Formulario de Inscripción o Actualización**

**DATOS PERSONALES**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y Apellidos: |  |
| Fecha de Nacimiento: |  |
| Dirección Particular:   * Calle/ Nº/ Piso: * Código postal: * Población/Provincia: * Teléfono: * E-mail: |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Si eres MIR: Año inicio residencia: |  |
| Si adjunto/a A. Primaria:  ¿Pertenece a AEPap o SEPEAP? |  |
| Si adjunto/a A. Hospitalaria:  ¿Pertenece a una subespecialidad pediátrica? |  |
| Dirección de Trabajo:   * Dirección del Centro: * Teléfono: |  |
|  |
|  |
| Tipo de socio: numerario o agregado |  |

**DOMICILIACIÓN BANCARIA**

|  |  |
| --- | --- |
| Autorizo que a partir de la fecha atiendan con cargo a mi cuenta bancaria los recibos enviados por la Sociedad de Pediatría de Galicia hasta nueva orden: | |
| Banco: |  |
| Dirección: |  |
| Nº de IBAN: |  |
| Titular de la cuenta:   * Nombre y apellidos: * NIF: |  |
|  |
| □ Certifico haber leído la información sobre Política de Protección de datos y manifiesto estar de acuerdo (información detallada en el anexo)  Fecha y Firma: | |

**Enviar** por email: [secretariatecnica@sopega.es](mailto:secretariatecnica@sopega.es) (Firmar primero y escanear como “pdf”)