

**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 (Firmar primero y escanear como “pdf”)