**CUMPLIMENTAR ESTE FORMULARIO E ENVIAR A** **reunionagapap@trevisani.es**

****

* **DATOS ASISTENTE**

|  |  |
| --- | --- |
| NOME E APELIDOS |  |
| NIF |  |
| Enderezo postal |  |
| Correo electrónico |  |
| Teléfono |  |
| Centro de traballo |  |
| Titulación |  |
| Socio AGAPap | **SI** [ ]  | **NON** [ ]  |
| Retirado | **SI** [ ]  | **NON** [ ]  |
| MIR de Pediatría | **SI** [ ]  | **NON** [ ]  |
| Indique no caso, alerxias ou intolerancias alimentarias |  |

* **MÉTODO DE PAGO**

**Imprescindible** adxuntar copia escaneada ou fotografía do ingreso ou transferencia bancaria á seguinte

conta bancaria:

|  |  |
| --- | --- |
|  | XV REUNIÓN AGAPap |
| Entidade bancaria | **ABANCA** |
| IBAN | **ES48 2080 0375 1530 4000 8707** |

**A INSCRICIÓN SERÁ CONFIRMADA MEDIANTE CORREO ELECTRÓNICO**