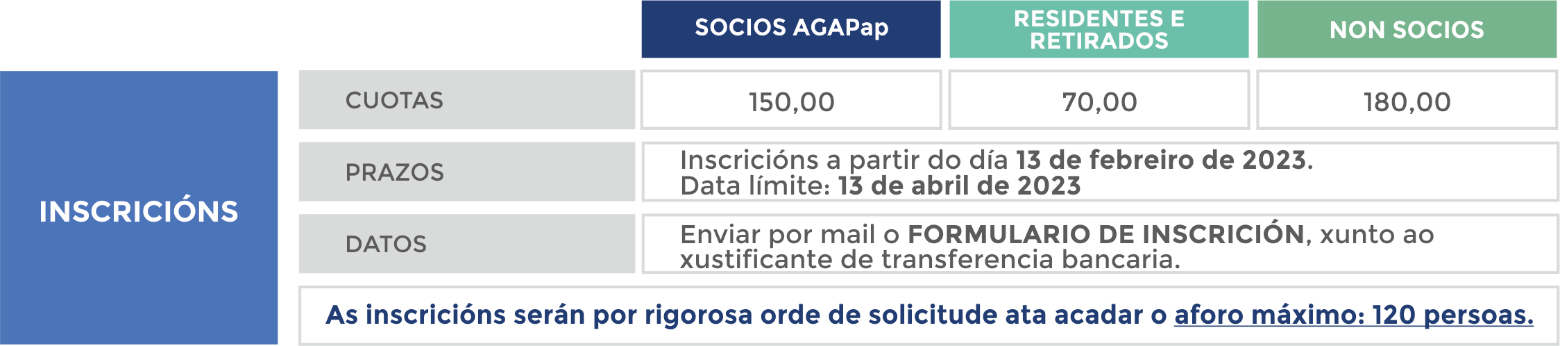
**CUMPLIMENTAR ESTE FORMULARIO E ENVIAR A** [**reunionagapap@trevisani.es**](mailto:relacionespublicas@trevisani.es)

****

* **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**