

SOLICITUD DE CAMBIO DE DATOS BANCARIOS

Datos personales

Nombre		Apellidos	
Fecha Nac.		DNI	

Datos para domiciliación bancaria

Banco / Caja:

Dirección sucursal:

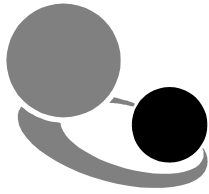
Código de Cuenta (incluya los 20 dígitos)

Entidad	Oficina	DC	Nº Cuenta

Muy señores míos: Les ruego que hasta nueva orden atiendan con cargo a mi cuenta los recibos de las cuotas anuales extendidos por la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria y Castilla y León.

En _____, a _____ de _____ de 200_____

Firma:



SOCIEDAD DE PEDIATRÍA
ASTURIAS, CANTABRIA Y CASTILLA Y LEÓN

Secretaría de la SCCALP

Departamento de Obstetricia, Ginecología y Pediatría
Facultad de Medicina
Avda. Alfonso X El Sabio s/n.
37002 Salamanca
www.sccalp.org

Instrucciones

Es imprescindible que el formulario sea firmado por el interesado y enviado por correo postal a:

Secretaría de la SCCALP
Departamento de Obstetricia, Ginecología y Pediatría
Facultad de Medicina
Avda. Alfonso X El Sabio, s/n
37007 Salamanca

Los datos pueden rellenarse a mano o mediante un procesador de textos compatible con el formato de Microsoft Word[®], pero en este último caso el interesado deberá imprimir el formulario en papel y firmarlo a mano, no siendo válido el envío en forma electrónica.

Es obligatorio completar todos los campos. La cuota anual actual es de 36 €.