BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

APELLIDOS:_____NOMBRE:_____

CALLE:_____N1:_____PISO:_____

TFNO:_____. MÓVIL:_____

C.P.:_____CIUDAD:_____

LUGAR Y FECHA NACIMIENTO:_____

FECHA FINALIZACIÓN ESTUDIOS:_____.

_____a ____ de_____ de 200___

FIRMADO:_____

DOMICIALIZACIÓN DEL PAGO DE CUOTAS

Autorizo al Banco/Caja de Ahorros_____

Sucursal:_____ Calle:_____

Localidad:_____para que abone con cargo a mi cuenta corriente/cartilla:

Entidad:/__/__/__/__/ Oficina:/__/__/__/__/ D.C.:/__/__/Cuenta:/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/,
(es necesario rellenar todos los datos completos, como figuran en los talonarios, el n1 de cuenta debe tener 20 dígitos)

los recibos de CUOTA ANUAL presentados por la ASOCIACIÓN DE ANTIGUOS ALUMNOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE GRANADA.

_____ a____ de_____ de 200__

FIRMADO:_____