



asociación española de farmacéuticos analistas

Miembro de la Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica.
Miembro Asociado de la Internacional Federation of Clinical Chemistry.
Miembro Correspondiente de la European Committes for Clinical Laboratory Standards.

Modesto Lafuente, 3
Tel. 91 593 84 90 - Fax: 91 593 01 34
28010 MADRID

Dr/a. Dn/ña.

Querido/a compañero/a:

Tengo el gusto de enviarle la información completa para formalizar su inscripción a nuestra sociedad. Rogamos nos envíe y cumplimente los siguientes puntos:

- 1º Solicitud de inscripción con los datos correspondientes a su filiación y curriculum.
- 2º Impreso de domiciliación bancaria, que rogamos nos devuelva, incluida la segunda parte de la hoja correspondiente al Banco.
- 3º Una **foto** tamaño carnet.
- 4º Fotocopia del **título de Farmacéutico**.
- 5º Le rogamos nos remita **un talón o cheque bancario** a nombre de AEFA por un importe total de **63,11€**, que comprende los gastos de inscripción más la primera anualidad (**6 € de inscripción y 57,10 € de cuota anual**).

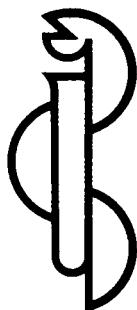
Las próxima anualidades serán satisfechas directamente a través de su cuenta bancaria.

Si Ud. no dispusiese de la firma de dos socios que le presenten, nosotros personalmente nos encargáramos de hacerlo.

Como socio se tiene acceso a los distintos servicios e información que presta la Asociación y que puede recabar de la Secretaría.

Atentamente le saluda,

El Secretario



asociación española de farmacéuticos analistas

Miembro de la Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica.
Miembro Asociado de la Internacional Federation of Clinical Chemistry.
Miembro Correspondiente de la European Committes for Clinical Laboratory Standards.

Modesto Lafuente, 3
Tel. 91 - 593 84 90 - Fax: 593 01 34
28010 MADRID

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Apellidos _____

Nombre _____

D.N.I. _____ Fecha de nacimiento _____

DIRECCIÓN PARTICULAR: Población _____ D. Postal _____

Calle _____ Nº _____ Teléfono _____

Dirección donde desee recibir el correo: Población _____ D. Postal _____

Calle _____ Nº _____ Teléfono _____

FACULTAD DONDE CURSÓ LOS ESTUDIOS: _____

UNIVERSIDAD DE _____

OTROS TÍTULOS: _____

EJERCE COMO ANALISTA DESDE _____

TIPO DE ACTIVIDAD (especificar en el dorso).

PUBLICACIONES EFECTUADAS (citar de acuerdo con las normas bibliográficas internacionales en hoja aparte).

OTROS MÉRITOS (Sociedades, Comités, Títulos honoríficos, Premios, Diplomas, Cursos, Congresos en los que haya participado, etc. Detallarlo en hoja aparte).

_____ de _____ de 199 _____

Firma:

LUGAR DE TRABAJO

APELLIDOS _____

NOMBRE _____

PROVINCIA _____

Por cuenta propia:

- Laboratorio anejo a Farmacia.
- Laboratorio independiente.
- Lab. en Sociedad con otros analistas.
- Fco. en oficina de Farmacia.

Por cuenta ajena:

Laboratorio Privado. Indicar el propietario _____

Hospital Privado. Nombre _____
Cargo _____

Hospitales Militares. Nombre _____
Cargo _____

Hospitales Diputación. Nombre _____
Cargo _____

Centros Municipales. Nombre _____
Cargo _____

Hospital o Residencia de Sanidad y Seguridad Social. Nombre _____
Cargo _____

Centros de Sanidad. Nombre _____
Cargo _____

Centros de Salud. Nombre _____
Cargo _____

Ambulatorios de la Seguridad Social. Nombre _____
Cargo _____

Laboratorio Colegio de Casa Comercial. Nombre _____
Cargo _____

Profesor Universitario. Nombre _____
Cargo _____

Investigador. Centro _____
Cargo _____

Prof. Esc. Análisis Clínicos. Centro _____
Cargo _____

Otras Actividades. Nombre de la Actividad _____
Centro _____
Cargo _____

SECCIÓN

- Bioquímica.
- Microbiología.
- Hematología.

- Citología.
- Inmunología.
- Análisis Clínicos en General.

Otros, especificar.



asociación española de farmacéuticos analistas

Miembro de la Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica.
 Miembro Asociado de la Internacional Federation of Clinical Chemistry.
 Miembro Correspondiente de la European Committes for Clinical Laboratory Standards.

Modesto Lafuente, 3
 Tel. 91 - 593 84 90 - Fax: 593 01 34
28010 MADRID

DOMICILIACIÓN BANCARIA

Fecha _____

Estimados compañeros: Os comunico que con esta fecha doy orden a la entidad bancaria reseñada abajo, para que haga efectivo con cargo a mi cuenta los recibos de esta Asociación, que puedan serle presentados.

Datos de la entidad bancaria

Entidad bancaria: _____
 Sucursal: _____
 Nº de cuenta: _____
 Dirección: _____

Datos personales

Don _____
 Domicilio: _____
 Localidad y CP: _____
 Firma: _____

--	--	--	--

CÓDIGO DE ENTIDAD

CÓDIGO DE OFICINA

DÍGITOS DE CONTROL

NÚMERO DE CUENTA

● ROGAMOS RELLENE ESTAS CASILLAS PARA PODER, EN SU MOMENTO, PRESENTAR SU RECIBO AL BANCO. DE FALTAR ALGUN DATO, NO SERA ADMITIDO POR LA ENTIDAD BANCARIA.

BANCO

Fecha _____

Sr. Director de la entidad bancaria: _____
 Ruego a Vd., se sirva dar las órdenes oportunas, a fin de que sean satisfechos con cargos a mi cuenta los recibos que le sean presentados al cobro por la Asociación Española de Farmacéuticos Analistas.

Datos de la entidad bancaria

Entidad bancaria: _____
 Sucursal: _____
 Nº de cuenta: _____
 Dirección: _____

Datos personales

Don _____
 Domicilio: _____
 Localidad y CP: _____
 Firma: _____

--	--	--	--

CÓDIGO DE ENTIDAD

CÓDIGO DE OFICINA

DÍGITOS DE CONTROL

NÚMERO DE CUENTA

● ROGAMOS RELLENE ESTAS CASILLAS PARA PODER, EN SU MOMENTO, PRESENTAR SU RECIBO AL BANCO. DE FALTAR ALGUN DATO, NO SERA ADMITIDO POR LA ENTIDAD BANCARIA.

Presentado por los miembros numerarios:

Dn/a.....
Dirección.....

Firma

Dn/a.....
Dirección.....

Firma