**BOLETIN de SUSCRIPCIÓN – ANEDIDIC**

Deseo darme de ALTA en la Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica e Investigación del Deterioro de la Integridad Cutánea (ANEDIDIC), cuya cuota anual es de:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Marcar “X” en opción correspondiente** |  | **30 €** - Socio particular |  |  | **60 €** - Socio Institucional |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre: | | |
| Apellidos: | | |
| Dirección: | | C. Postal: |
| Población: | Provincia: | |
| Profesión: | DNI: | |
|  | | |
| Centro de Trabajo: | | |
| Servicio / Unidad: | | |
| Dirección: | | C. Postal: |
| Población: | Provincia: | |
|  | | |
| Teléfono de contacto: | | |
| E-mail: | | |

El pago de la cuota puede hacerse de las siguientes formas:

* GIRO POSTAL a favor de ANEDIDIC. Avda Blasco Ibañez 6, entresuelo. 46021. Valencia
* TRANSFERENCIA Bancaria a favor de ANEDIDIC en: BANKIA. Sucursal Tres Forques. Valencia.

**Nº Cuenta: 2038 6500 66 6000000942 – IBAN: ES48 2038 6500 6660 0000 0942**

* DOMICILIACIÓN BANCARIA:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Entidad Bancaria: | | |
| Dirección: | | C. Postal: |
| Población: | Provincia: | |
| Deseo darme de ALTA en la Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica e Investigación del Deterioro de la Integridad Cutánea (ANEDIDIC), cuya cuota anual de 30 €, se pasará al cobro bancario en la cuenta (Indicar IBAN o Nº cuenta): | | |
| Nº Cuenta: \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  IBAN: \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ -\_ \_ \_ \_ | | |
| Firma del Titular: | | |

Una vez realizada la transferencia, giro postal o domiciliación, debe enviar una fotocopia de la misma, junto con este boletín de inscripción, por correo postal o por correo electrónico:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Por correo postal a: | ANEDIDIC. Avda. Blasco Ibáñez 64, entresuelo, 46021. Valencia | |
| Por correo electrónico a: | | [anedidic@gmail.com](mailto:anedidic@gmail.com) |