**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 |