

SOLICITUD DE ADMISIÓN

APELLIDOS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NOMBRE	<input type="text"/>
DOMICILIO	<input type="text"/>		C.P./POBL.	<input type="text"/>
PROVINCIA	<input type="text"/>	N.I.F.	<input type="text"/>	TELEFONO <input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>	FCIA-HOSP	<input type="text"/>	OTROS <input type="text"/>
TÍTULO	<input type="text"/>	FECHA EXPEDICIÓN	<input type="text"/>	

LUGAR DE TRABAJO:

HOSPITAL	<input type="text"/>	CATEGORIA	<input type="text"/>
TELEFONO	<input type="text"/>	FAX	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>		

SOCIOS QUE AVALAN SU CANDIDATURA

D / Dña. _____ D / Dña. _____

FIRMA _____ FIRMA _____

El abajo firmante, solicita su ingreso en la SOCIEDAD MURCIANA DE FARMACIA HOSPITALARIA.

FIRMA _____ FECHA ***DOMICILIACIÓN BANCARIA***

BANCO O CAJA DE AHORROS	<input type="text"/>
SUCURSAL / DOMICILIO	<input type="text"/>
Nº CUENTA CORRIENTE (20 Dígitos)	<input type="text"/>

Ruego carguen en mi cuenta a partir del año y hasta nueva orden, los recibos presentados anualmente por la SOMUFARH

Firma del titular de la cuenta: _____

Enviar por correo certificado o fax a la atención de SOMUFARH o correo electrónico a la tesorería, tesoreria@somufarh.es o ana.aranda@carm.es
Servicio de Farmacia Hospital Morales Meseguer.
C/ Marques de los Velez, s/nº 30008- Murcia
Telf: 968360902 Fax: 968232427