

Estimado compañero:

Si quieres inscribirte en la Sociedad Castellana y Leonesa de Medicina de Familia y Comunitaria (socalemFYC) y poder así beneficiarte de las ventajas que ello supone (descuentos en Congresos de Atención Primaria, Publicaciones gratuitas, recibir la revista Atención Primaria, actualización de noticias en Vicevers@, precios especiales en cursos de semFYC, etc.) debes enviarnos tus datos personales y abonar mediante la forma de pago que prefieras la cantidad de 6 Euros en concepto de cuota de inscripción y 60 Euros

de cuota anual (**Total 66 Euros**). En sucesivos años nosotros domiciliaremos el importe de la cuota anual en tu cuenta bancaria.

Una vez hayamos recibido tus datos y la notificación de pago serás dado de alta y te enviaremos el número de socio que te corresponde.

Si eres R-1 el primer año es gratuito. En ese caso deberás enviarnos: ACREDITACIÓN DE PRIMER AÑO DE RESIDENCIA y tus datos personales y de domiciliación bancaria.

DATOS PERSONALES	
Apellidos.....	
Nombre.....NIF.....	
Domicilio.....nº.....Esc.....	
Piso.....	
Población.....Provincia.....CP.....Tel.....	
Centro de trabajo.....	
Dirección.....	
Tel.....correo electrónico:.....	
Fecha de nacimiento...../...../..... Año de Licenciatura 19..... Sexo: Mujer <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/>	
Especialidad.....Cursa MIR Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Año MIR en curso <input type="checkbox"/> R1; R2; R3	
<u>Actividad Profesional:</u>	
Atención Primaria <input type="checkbox"/> Urgencias <input type="checkbox"/> Gestión <input type="checkbox"/> Otras (especificar)	
Rural <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Semiurbano <input type="checkbox"/>	

FORMA DE PAGO	
DOMICILIACION BANCARIA	
Banco/Caja de Ahorros.....	
Calle.....Nº.....Población.....	
.....Provincia.....CP.....	
Cuenta corriente /Libreta de ahorros Nº : _ _ _ _ _ (clave de banco) _ _ _ _ _ (agencia) _ _ _ _ _ (control) (nº de cuenta)	
Nombre del TITULAR de la cuenta o libreta.....	
Ruego a ustedes se sirvan tomar nota de que hasta nuevo aviso, deberán adeudar en mi cuenta o libreta con esa entidad los efectos que les sean presentados para su cobro por la SOCIEDAD CASTELLANO-LEONESA de MEDICINA DE FAMILIA y COMUNITARIA (FIRMA DEL TITULAR)	
....., a.....de.....de 2004	
TRANSFERENCIA (enviar copia)	
A nombre de : Sociedad Castellana y Leonesa de Medicina de Familia y Comunitaria	
Caja España, C/ San Quirce 2, Valladolid	
Nº de cuenta: 2096 0207 79 3030417202	
CHEQUE	
Cheque Nº _ _ _ _ _ a nombre de la Sociedad Castellano-Leonesa de Medicina de Familia y Comunitaria	
Banco _____ o _____ Caja	
.....	

(Adjuntar fotocopia de la transferencia)

Enviarlo completo a: socalemFYC Calle Pasión, número 2, 3º centro, 47001 VALLADOLID