

**Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Castilla La Mancha (APapCLM)**  
**Sede Social (domicilio): C/ Canarias nº 3. 45005 Toledo.**



**BOLETIN DE INSCRIPCION**

**(ESCRIBID CON MAYÚSCULAS, POR FAVOR, Y ENVIADLO POR CORREO ORDINARIO A LA DIRECCION DE LA SEDE SOCIAL ARRIBA SEÑALADA).**

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

Domicilio particular: \_\_\_\_\_

Localidad, Provincia y D.P.: \_\_\_\_\_

Centro de Trabajo y dirección: \_\_\_\_\_

Titulación (Pediatra, Medico de Familia, Medico General, ATS,...): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

Correo electrónico: Particular (1º) \_\_\_\_\_ Centro Trabajo \_\_\_\_\_

-----

**Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Castilla La Mancha (APapCLM)**  
**TESORERIA**

\_nº de identificación fiscal de la APapCLM: G45625191 \_\_\_\_\_

SOLICITA SU INGRESO EN LA ASOCIACION DE PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA DE CASTILLA LA MANCHA

D./Dª:.....

Domicilio particular:.....

D.P.:.....Población.....Provincia.....

Y autoriza a la Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Castilla la Mancha, a que se haga efectiva, (a partir del 2007), la cuota anual de inscripción, a través del Banco/Caja: (20 dígitos).

**Entidad                      Oficina                      D.C.                      Número de cuenta**

-----

Banco.....Dirección Bancaria.....

C.P.:.....Población.....Provincia.....

En                      a                      de                      de 2006.                      Firma

