

## **Boletín de Inscripción a la Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Castilla y León (APAPCyL)**

D/Dª:

Pediatra de (Centro de Trabajo/Sin centro fijo):

Pediatra de área: Sí      No

con domicilio (del Centro):

Población:

CP:

Teléfono:

y con domicilio particular en:

Población:

CP:

Teléfono:

e-mail:

Solicita su ingreso en la Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Castilla y León

La cuota anual para los socios **Pediatras de AP es de 25 euros al año y para los MIR de Pediatría 18 euros/año**, que se abonará mediante domiciliación bancaria, para lo cual debe rellenar esta autorización:

D/Dª ..... autoriza a la APAPCyL a que haga efectiva a partir de la fecha de hoy la cuota anual de inscripción a través del Banco/Caja: .....

Entidad

Oficina

DC

Nº de Cuenta

En ....., a ..... de ..... de .....

Firma:

**N.I.F.:**

**Remitir a Secretaría de APAPCyL: Concepción Medrano Martín, Gran Vía de San Marcos 24, 2º A, 24002 León.**

El fichero al que se incorporan estos datos cumple la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre sobre Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD).