



*Sr/a. Presidente de la Asociación Profesional
De Informadores Técnicos Sanitarios
Ayda. Hytasa nº 36 Edf. Toledo II 1ª Plta. Mod. 7
41006 SEVILLA
Móvil: 682500486
E-mail: secretaria@itssevilla.es - apitasociacionsevilla@gmail.com
www.itssevilla.es*

ASOCIADO/A NUMERO 41/ _____

Muy Sr. Mío:

Doy mi conformidad para que las cuotas correspondientes a mi condición de socio, sean abonadas con cargo a mi Cuenta Corriente cuyos datos detallo en hoja adjunta.

CUOTA ASOCIADO 60,00€ TRIMESTRE (Enero-Abril-Julio-October)

CUOTA DERECHO CITAS 50,00€ SEMESTRE (Junio y Diciembre)

Con este motivo le saluda atentamente.

APELLIDOS Y NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ D.N.I.: _____

DOMICILIO: _____

D.P. _____ LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____

TLF. MOVIL: _____ ¿FACILITAR? SI ___ NO ___ E-MAIL: _____

LABORATORIO: _____ LINEA: _____

FECHA DE INICIO EN LA PROFESION: _____

LABORATORIOS ANTERIORES: _____

ESTUDIOS: _____

AUTORIZACIÓN PUBLICACIÓN FOTO PAG. WEB: SI ___ NO ___