METGES CRISTIANS DE CATALUNYA

Adherida a la Federación Europea y a la Federación Internacional de Asociaciones de Médicos Católicos (FEAMC y FIAMC)

INSCRIPCIÓN DE SOCIO

NOM Y APELLIDOS: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

DOMICILIO:
CALLE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Nº |_|_|_| PUERTA |_|_|_|
CIUDAD: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
CODIGO POSTAL: |_|_|_|_|_| POBLACIÓN: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
TELÉFONO: |_|_|_| |_|_|_|_|_|_| MÓVIL: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
EMAIL: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Información opcional...
EMPRESA/PUESTO DE TRABAJO |______________________________________|

PROFESIÓN (SI MEDICO, ESPECIALIDAD): ______________________________________

DESEA PARTICIPAR ACTIVAMENTE CON *METGES CRISTIANS DE CATALUNYA*? SI ☐ NO ☐

EN QUE ASPECTO CONSIDERA POSIBLE ESTA COLABORACIÓN?

QUE SOCIO DE M.C.C. LE AVALA______________________________________

FECHA INSCRIPCION (No rellenar) |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|

Como socio, conozco, acepto y respeto la identidad católica de la asociación *Metges Cristians de Catalunya* y que sus actividades y contenidos se inspiran y son coherentes con las enseñanzas de la Iglesia Catòlica.
En conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, Ud. dispone de un derecho de acceso, de rectificación y de supresión de los datos relativos a su persona. Si desea ejercer este derecho, puede dirigirse a la dirección abajo indicada.

CUOTA SEMESTRAL: ☐ Ordinaria 35€ ☐ Reducida, fam. Numerosa, MIR, jubilado, etc 20€
☐ Estudiante 5€ ☐ Protector ______€

DATOS BANCARIOS FECHA |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Sr. Director: Le ruego cargue a mi Libreta / Cuenta Corriente los recibos que presente desde ahora la asociación "Metges Cristians de Catalunya" siempre que no reciba Ud. instrucciones en sentido contrario.

TITULAR CUENTA /LIBRETA ______________________________________

NIF: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|-|_| Firma del Titular
BANCO/CAJA ______________________________

IBAN: |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|

Remitir por correo ordinario a:

Metges Cristians de Catalunya C/CALABRIA 273 ent. 4ª – 08029 Barcelona
Tel.: 93 363 0364 / 93 363 2672 metgescristians@gmail.com