



FORMULARIO SOLICITUD ALTA DE SOCIO

Presidente

Cristina Mantolán Sarmiento

Vicepresidente

Josefina Reñones de Abajo

Secretario

Ruyman Rodríguez Gil

Tesorero

Mariel Sánchez García

Vocales

Alicia Pareja Rios

Pedro Fco. Valls de Quintana

María Teresa Álvarez Hernández

Claudia Marcela Calió Conte

Blanca María Montesino Ventura

Ewelina Herman

Fco. Andrés León Hernández

D.

DNI

con domicilio en C/

Población:

Provincia:

Código postal:

e-mail:

Teléfono:

Fecha de expedición del título de Licenciado en Medicina y Cirugía:

Fecha de expedición del título de Especialista en Oftalmología:

SOLICITA: su alta como SOCIO NUMERARIO
de la SOCIEDAD CANARIA DE OFTALMOLOGIA

Número IBAN para la domiciliación de los recibos:

E	S																					
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha:

Avalan:

Dr.

Dr.