



## SOLICITUD DE ALTA SOCIO SAACV

### **DATOS PERSONALES**

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

Natural de: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Ciudad/Provincia: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Tlf: \_\_\_\_\_

### **DATOS PROFESIONALES**

Año de Licenciatura/Grado en Medicina: \_\_\_\_\_ Universidad: \_\_\_\_\_

Categoría Profesional/Especialidad: \_\_\_\_\_

Año Exp Título Especialista: \_\_\_\_\_ Centro de Trabajo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ciudad/Provincia: \_\_\_\_\_

### **DATOS BANCARIOS**

Entidad: \_\_\_\_\_ Ciudad/Provincia: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

### **Aval Socio Numerario (1º)**

(Nombre y Firma)

### **Aval Socio Numerario (2º)**

(Nombre y Firma)

Fecha y Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_