

**Solicitud de admisión como miembro**  
**Cuota anual: 20€**  
**Rogamos rellenar a máquina o con mayúsculas**

Nombre y Apellidos.....

Dirección.....C. P.....  
Ciudad.....Provincia.....  
Tel.....Fax.....D. N. I.....  
Correo Electrónico.....

Centro de Trabajo.....  
Departamento y Cargo.....  
Dirección del Centro.....  
C. P.....Ciudad.....Provincia.....  
Tel.....Fax.....  
Correo Electrónico.....

**AUTORIZACIÓN DE DOMICILIACIÓN BANCARIA**

Entregar una copia en el Banco y remitir otra a la Sociedad

Sr. Director del Banco / Caja.....  
Dirección.....  
C. P.....Ciudad.....Provincia.....

Ruego que con cargo a mi cuenta, Abajo indicada, atienda los recibos que presente al cobro la Sociedad Valenciana de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular, correspondientes a la cuota de ingreso y las sucesivas anuales, que me corresponde abonar como miembro de la misma.

IBAN	ENTIDAD	OFICINA	D.C	NÚMERO DE CUENTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nombre completo del titular.....

Fecha.....Firma.....