

Alergonorte

Fecha: _____

Apellidos: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar: _____

Fecha de licenciatura: _____ Universidad: _____

Para residentes de Alergia: Fecha Inicio Residencia: _____

Hospital: _____

Para especialistas de Alergia: Fecha de Especialidad: _____

Hospital: _____

Dirección personal: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____ Teléfono (s): _____

_____ NIF: _____

Correo electrónico: (todas las comunicaciones de Alergonorte se harán a este correo: _____)

DATOS BANCARIOS:

Banco: _____ Ciudad: _____ Autorización para cargar la

cuota anual en su cuenta bancaria: ES.....

Debido a la informatización de los datos, es imprescindible poner su código bancario de 24 dígitos.

DATOS PROFESIONALES:

Lugar de trabajo: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____ Teléfono (s): _____

_____ Fax: _____ E-mail: _____

Firma: _____

Adjuntar, en papel a través del representante de tu provincia, o en formato electrónico a la dirección ablasco@riojasalud.es o secretaria.alergonorte@outlook.es -.Hoja de inscripción debidamente rellena. - Copia título de Medicina - Copia título de Especialista (o copia certificado MIR) - 1 fotografía carnet - Justificante del ingreso-trasferencia de la 1 cuota (Especialistas EUR 40- MIR EUR 25) a esta cuenta: La Caixa. ES92 2100 4232 1622 0020 0885. - Al terminar el periodo MIR, es obligatorio presentar el título de la Especialidad. - Se ruega avisar –sin falta- todos los cambios de datos a la Secretaría de ALERGONORTE. E-mail: olga.urielvillate@osakidetza.eus , secretaria.alergonorte@outlook.es alergonorte@agora-events.com