



BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN A LA SOCIEDAD FARMACÉUTICA DEL MEDITERRÁNEO LATINO



D./Dña^a/Institución
.....DNI/CIF.....
Domicilio Calle/Pl.....

Ciudad.....CP.....Teléfono.....
FARMACÉUTICOen.....EMail.....
SOLICITA su inscripción como
socio*.....comprometiéndose Al cumplimiento
de los deberes estatutarios

BANCO/CAJA.....Sucursal.....
Ciudad.....
Cuenta..... A nombre de
.....
.....a.....de.....20..

*Titular (Cuota 30€/año)
Protector/Institución (Cuota 120€/año)
Estudiante (Cuota 20€/año)

Fdo.....
Enviar esta parte a la SFML

*Facultad de Farmacia
Campus Cartuja S/N
180071 GRANADA
EMAIL: sfmlgrupohispano@ugr.es*

Sr. Director del
BANCO/CAJA.....
.....

Sucursal.....Localidad.....
.....
Provincia.....CP.....

Muy Sr. mío:

Ruego que, a partir de la fecha y hasta nuevo aviso, atiendan los recibos a mi nombre de la **Sociedad Farmacéutica del Mediterráneo Latino**, con cargo a la Cuenta.....en concepto de cuota

Fdo.....

El nuevo socio debe enviar esta autorización a su banco