



Sociedad Española de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica

Boletín de afiliación

La cuota de afiliación es de 50€ /año

(durante el primer año de afiliación el socio estará exento de cuota)

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos _____
Domicilio _____
Población _____ Código Postal _____
Provincia _____ País _____
NIF/DNI/Pasaporte _____
Tel.móvil _____ Correo electrónico _____
Centro de trabajo _____
Especialidad _____

DATOS BANCARIOS

Autorizo a cargar la cuota anual de socios de la Sociedad Española de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica a través de (rellenar la opción deseada):

A) Domiciliación bancaria:	
Banco/Caja _____	Titular de la cuenta _____
Código IBAN: _____	
B) Tarjeta de crédito: Tipo de tarjeta: VISA <input type="checkbox"/> MASTER CARD <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Titular de la tarjeta _____	
Nº _____	Fecha caducidad: _____ / _____

_____ de _____ de 20____ Firma titular:

Una vez rellenados todos los datos, remitir preferentemente por correo electrónico a: SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FIBROMIALGIA Y SINDROME DE FATIGA CRONICA - C/ Viladomat 271 Local A 08029 Barcelona (España) Tel. +34 / 932001658 secretaria@sefifac.es