



Sociedad Española de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica

Boletín de afiliación

La cuota de afiliación es de 50€ /año

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:

A) Domiciliación bancaria:

Banco/Caja	_____	Titular de la cuenta	_____
Código IBAN:	_____		

_____ de _____ de 20 ____ Firma titular:

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