



Domicilio Social

Servicio de Endocrinología
Hospital Clínico Universitario
Paseo de San Vicente 58-182
37007 – Salamanca

C.I.F. – G-37055092

**DOCUMENTO PARA LA SOLICITUD DE INGRESO EN LA SOCIEDAD
CASTELLANO-LEONESA DE ENDOCRINOLOGÍA, DIABETES Y NUTRICIÓN
(SCLEDyN)**

D. _____

con N.I.F. _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Centro de trabajo: _____

C/Avda./Paseo _____

C.P. _____ Población _____ Provincia _____

Domicilio : C/Avda./Paseo _____

C.P. _____ Población _____ Provincia _____

Tfnos. De Contacto:

- Trabajo _____

- Particular _____

- Móvil _____

Correo electrónico : _____ **Alternativo:** _____

Código de Cuenta Corriente (CCC) ____/____/____/____

(20 dígitos)

IBAN _____

Quiero constituirme en miembro asociado de la Sociedad Castellano Leonesa de
Endocrinología, Diabetes y Nutrición (SCLEDyN), para lo cual, presento los avales de los Socios

D. _____

D. _____

Y lo ratifico en _____, a _____ de _____ de 20__

Fdo: _____ **Avalista** _____ **Avalista** _____



Domicilio Social

Servicio de Endocrinología
Hospital Clínico Universitario
Paseo de San Vicente 58-182
37007 – Salamanca

C.I.F. – G-37055092

**DOCUMENTO PARA EL CONSENTIMIENTO DE DOMICILIACIÓN BANCARIA
DE LAS CUOTAS DE SOCIO A FAVOR DE LA SOCIEDAD
CASTELLANOLEONESA DE ENDOCRINOLOGÍA, DIABETES Y NUTRICIÓN
(SCLEDyN)**

Yo, D. _____

mayor de edad, con domicilio fiscal en:

Dirección _____

C.P. _____ Localidad _____

Provincia _____

Otorgo mi consentimiento a la Sociedad Castellano-Leonesa de Endocrinología,
Diabetes y Nutrición, con C.I.F. número **G-37055092**, para que gestione los pagos anuales por
domiciliación bancaria, por un importe inicial de **45€** (cuarenta y cinco euros) el primer año y
30 € (treinta euros) los siguientes desde mi cuenta del Banco/Caja de Ahorros

C.C.C. ____/____/____/_____

(20 dígitos)

IBAN _____

_____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____