



Solicitud Inscripción Socios Somiama

| | |
|-------------------|--|
| Apellido 1 | |
| Apellido 2 | |
| Nombre | |
| Centro de Trabajo | |
| Cargo | |
| Ciudad | |
| Dirección postal | |
| Email | |

Solicita ser admitido como socio de la SOCIEDAD DE MEDICINA INTENSIVA DE LA COMUNIDAD DE MADRID (SOMIAMA).

Autoriza para que los recibos anuales correspondientes a la cuota de SOMIAMA (actualmente establecida en 20 euros/año) sean pasados al cobro en la siguiente dirección bancaria:

| | |
|-------------------|--|
| CCC (20 dígitos): | |
| Fecha: | |
| Firma: | |

Esta información puede remitirla por **correo electrónico** a la siguiente dirección:

socios@somiamama.org