# **SOLICITUD DE ALTA COMO SOCIO** (Sigue en la página siguiente)

## Datos personales

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre\*** |  | | | **Apellidos\*** | |  | | |
| **Fecha Nac.** | |  | **Sexo** | | Varón Mujer | | **DNI** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| País\* |  | | Dirección\* |  | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Ciudad\*** | |  | | | **C. Postal\*** |  | **Provincia\*** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tfno.** |  | **Móvil** |  | **e-mail** |  |

**No autorizo** a que mis datos personales básicos (no profesionales) sean cedidos a otras asociaciones, empresas, organi-zaciones y colegios profesionales para informarme sobre cuestiones profesionales que la SCCALP considere de mi interés.

**No autorizo** a que mi número de móvil se utilice para el envío de comunicaciones SMS en convocatorias puntuales a actos, conferencias, eventos, etc. que la SCCALP considere de mi interés.

## Datos profesionales

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Especialidad\* | Pediatría Cirugía Pediátrica Otras: | |
|  | | |
| **Categoría\*** | MIR (año de inicio:     ) Especialista en activo Jubilado | |
| **Ámbito de trabajo principal** | | Primaria Hospital Medicina Privada |
| **Subespecialidad (si procede)** | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Centro de trabajo** | | | |  | | | | | |
| **País** |  | | **Dirección** | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Ciudad** | |  | | | | C. Postal |  | **Provincia** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tfno.** |  | **Extensión** |  | **Fax** |  |
| **e-mail** |  | | | | |

Los campos marcados con asterisco (\*), así como todos los relacionados con la domiciliación bancaria (siguiente página), son obligatorios. Para una mejor comunicación con la SCCALP es aconsejable que rellene también el resto de los campos, incluyendo al menos una forma de contacto rápido, en especial su dirección de correo electrónico.

## Datos para domiciliación bancaria

**Banco / Caja:**

**Dirección sucursal:**

**Código de Cuenta (IBAN)** (incluya el código de control IBAN y los 20 dígitos de la cuenta)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **IBAN** | **Entidad** | **Oficina** | **DC** | **Nº Cuenta** |
|  |  |  |  |  |

Muy señores míos: Les ruego que hasta nueva orden atiendan con cargo a mi cuenta los recibos de las cuotas anuales extendidos por la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria y Castilla y León.

En       , a    de       de 20

Firma:

**Nota:** La cuota anual actual es de 50 €.

# Instrucciones para el alta de nuevos socios

Para la solicitud de socio numerario debe adjuntarse **documento acreditativo** de la condición de especialista en Pediatría o Cirugía Pediátrica. Los médicos residentes deberán adjuntar certificado de tal condición firmado por su Jefe de Servicio.

Es imprescindible que conste en el formulario la **firma digital** del interesado **y que sea enviado por correo electrónico** a la siguiente dirección: **secresccalp@gmail.com.** , **o bien a la dirección postal que consta en el encabezado.**

Los derechos y deberes de los socios de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria y Castilla y León se encuentran recogidos en sus estatutos, disponibles en su página web (http://www.sccalp.org).