



**SOLICITUD DE ADMISIÓN EN LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
ODONTOLOGÍA INFANTIL INTEGRADA (S.E.O.I.I.)**

D./D^a. N.I.F.
Con domicilio en: calle/plaza
Ciudad Provincia C.P.
Teléfono Fax E-mail
Título Grado Académico
Colegiado en N° de colegiado
Práctica actual en:
Consulta privada
Pública Centro
Domicilio de la consulta: calle/plaza
Ciudad Provincia C.P.
Teléfono Fax E-mail
Vinculación a la Universidad: SI NO Universidad de
Cargo en la Universidad desde hasta
Email.....

**SOLICITA SER ADMITIDO EN LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ODONTOLOGÍA
INFANTIL INTEGRADA (S.E.O.I.I.) Y AUTORIZA RETIRAR DE SU CUENTA
BANCARIA LA CANTIDAD DE EN CONCEPTO DE CUOTA ANUAL.**

DATOS BANCARIOS:

NOMBRE DEL BANCO

DIRECCIÓN DE LA SUCURSAL

CÓDIGO IBAN:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Fecha y firma:

Remitir solicitud junto a resumen de Curriculum a:

Secretaría Técnica: Plaza Alfonso de Cossío, 1, 1º A-1. 41004 Sevilla. España

Cuota anual: tres primeros años post-licenciatura: 30,00 € Más de tres años: 50,00 €
Esta cuota incluye cuota especial de inscripción a los Congresos de la Sociedad.