



**ASOCIACIÓN GALLEGA DE ANESTESIOLOGÍA
REANIMACION Y DOLOR.**

AGARYD

Formulario de datos del Asociado

Para entregar al Delegado de Zona en caso de nueva afiliación o modificación de datos existentes. Por favor, cúbrase con letras mayúsculas o mecanografiado.

NOMBRE: _____

APELLIDOS: _____

DIRECCIÓN: _____

CODIGO POSTAL: _____ CIUDAD: _____

PROVINCIA: _____

TELEFONO: _____

Email: _____

CENTRO DE TRABAJO: _____

NIF: _____

NUMERO DE CUENTA BANCARIA (IBAN)

Por la presente, autorizo el cobro en la cuenta de la que soy titular, de los recibos presentados por la Asociación Gallega de Anestesiología, Reanimación y Dolor (AGARYD) hasta nueva orden.

Fecha y firma: