Sociedad Española de Medicina Oral

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA ORAL

Nombre: ..... Apellidos: .....

Dni: ..... Fecha de nacimiento: .....

Domicilio: ..... Localidad .....

Provincia: ..... C.P.:.....

Tfno.: ..... Fax: ..... Movil: .....

Año Lic.:..... Odontólogo .... Estomatólogo .... Cirugía Maxilofacial.....

Colegio Dentistas: ..... Región: .....

Correo electrónico: .....

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN BANCARIA

Sr Director:

Con cargo a mi cuenta, cuyo Código de Cliente, figura a pie de página, ruego abonen los recibos que presentará la Sociedad Española de Medicina Oral.

Atentamente

Fdo: Fecha

C.C.C.

☐ Estándar: 60 € ☐ Joven Dentista: 35 € ☐ Joven Estudiante: 15 €

Secretaría de la SEMO | Facultad de Odontología / Medicina Oral | Tfno. 981 56 3100 ext.12357 639814869
C/ Entrerrios, s/n. | 15782 SANTIAGO DE COMPOSTELA
semo@semo.es | www.semo.es