|  |  |
| --- | --- |
|  | Boletín de solicitud de afiliación  Rellene todos los campos con letra clara |

# Categoría (borre las categorías que no correspondan)

| Número | En formación | Jubilado | Extranjero | Adherido |
| --- | --- | --- | --- | --- |

# INFORMACIÓN PERSONAL

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo | Escriba el nombre completo |
| Dirección particular completa (calle, número, planta, letra, CP, ciudad) | Escriba la dirección particular |
| Teléfono particular | Escriba el teléfono particular |
| Teléfono móvil | Escriba el teléfono móvil |
| DNI | Escriba su DNI |
| Dirección de correo electrónico particular | Escriba la dirección de correo electrónico particular |
| Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) | Escriba la fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) |

# INFORMACIÓN PROFESIONAL

|  |  |
| --- | --- |
| Centro de trabajo | Escriba su centro de trabajo y dirección |
| Cargo | Escriba el puesto |
| Teléfono del trabajo | Escriba el teléfono del trabajo |
| Dirección de correo electrónico profesional | Escriba su correo electrónico |
| Fecha de expedición del título de especialista (en caso de estar en formación, fecha prevista de finalización del programa MIR) | Escriba la fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) |
| Número de colegiado | Escriba número de colegiado |
| Provincia donde está colegiado | Escriba provincia |

# Socios de la SEPSM que le avalan (nombre, apellidos y correo electrónico)

|  |  |
| --- | --- |
| SOCIO 1 | Correo electrónico |
| SOCIO 2 | Correo electrónico |

# FECHA Y FIRMA