



# SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

Dr. Esquerdo, 157, Port. 30 C – 1º F  
28007 MADRID  
Tel.: 91 409 37 37 - Fax: 91 504 09 77  
e-mail: seden@seden.org

**HAZTE SOCIO**  
**Boletín de Suscripción**

1.º Apellido: \_\_\_\_\_ 2.º Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Población: \_\_\_\_\_ Dto. Postal: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

N.º Colegiado: \_\_\_\_\_ Colegio de: \_\_\_\_\_ Formación Carrera: \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ N.I.F.: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**Tarifa de Suscripción: 15 Euros**  
Adjuntar 2 fotografías tamaño carnet.

**Cuota Anual: Nacional 65 Euros**  
**Extranjero: 96 Euros**

La cuota la abonaré por medio de la modalidad siguiente:

- Giro postal.
- Talón nominal.
- Transferencia bancaria a S.E.D.E.N. en Caja Madrid

| ENTIDAD | OFICINA | D.C. | N.º DE CUENTA       |
|---------|---------|------|---------------------|
| 2 0 3 8 | 1 6 0 6 | 8 0  | 6 0 0 0 0 1 7 7 8 4 |

Domiciliación bancaria. Si te fuera posible te agradeceríamos esta última modalidad, deberás entonces rellenar la parte inferior de la hoja y enviarla a la sede de la Sociedad.

AUTORIZO A LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEFROLÓGICA QUE PASEN EL COBRO DE LAS CUOTAS A NOMBRE DE .....

BANCO ..... AGENCIA .....

N.º CTA. BANCARIA .....

DOMICILIO ..... EN .....

| CÓDIGO CUENTA CLIENTE |         |      |               |
|-----------------------|---------|------|---------------|
| ENTIDAD               | OFICINA | D.C. | N.º DE CUENTA |
|                       |         |      |               |

FIRMA

AUTORIZO AL BANCO .....

AGENCIA N.º ..... CALLE .....

EN..... A PAGAR LOS RECIBOS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEFROLÓGICA, C/. DR. ESQUERDO, 157, PORT. 30 C – 1ºF - 28007 MADRID, A NOMBRE DE .....

FIRMA