



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA

SOLICITUD DE ADMISIÓN

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos _____

Dirección _____

Población _____ Código Postal _____ Provincia _____

Teléfono _____ E-mail _____

DATOS PROFESIONALES

Centro de Trabajo _____

Cargo que ocupa _____

Dirección _____

Población _____ Código Postal _____ Provincia _____

Teléfono _____ Fax _____

E-mail _____

**Solicito mi admisión en la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEUROLÓGICA
cómo miembro:**

(consultar detalles debajo)*

Numerario Asociado Corresponsal

DATOS BANCARIOS

Domicilio bancario _____

Población _____ Código Postal _____ Provincia _____

Banco _____

Entidad _____ Oficina _____ Dígito Control _____ Nº de
Cuenta _____

Firma del solicitante

Enviar Junto con esta solicitud:

**Fotocopia del título de D.E o A.T.S
Fotocopia del D.N.I**

Rogamos devuelvan firmado este formulario a la Secretaría Técnica de la Sociedad a través de fax o e-mail.

Secretaría SEDENE

Fuerteventura 4, Oficina 4. Planta Baja

28703 San Sebastián de los Reyes. Madrid

e-mail: relinst@sen.es

Tel. 91 314 84 53 (ext. 1)

Fax: 913148454

*Numerario: aquellos socios diplomados en enfermería que residan en España.

*Asociado: aquellos socios diplomados en enfermería que residan fuera de España.

*Corresponsal: aquellos socios diplomados en enfermería extranjeros.