



## FICHA DE MIEMBRO DE LA S.A.P.D.

### Datos Personales

Nombre:

Apellidos:

Dirección:

Población:

C-P:  Provincia:

D.N.I.:  Teléfono:  Fax:

E-mail:

Fecha y lugar de nacimiento:

Nacionalidad:  Año de licenciatura:

Especialidad:

Fecha de ingreso en la SAPD:

Centro de trabajo:

Cargo:



## FICHA DE MIEMBRO DE LA S.A.P.D.

**Area Médica de interés** (marcar la casilla correspondiente):

- Hepatología
- Colon y recto
- Endoscopia
- Páncreas
- Patología gastroduodenal
- Intestino delgado

**Area Quirúrgica de interés** (marcar la casilla correspondiente):

- Laparoscopia
- Cirugía digestiva

**Otros** (especificar):



## FICHA DE MIEMBRO DE LA S.A.P.D.

### Datos Bancarios:

Banco:

Dirección:

Población:  C-P:

Provincia:

### Nº C/C:

Entidad:                      Oficina:                      D.C.:                      Número de cuenta:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

NOTA:

Imprimir estas páginas y enviarlas por correo ordinario a:

SOCIEDAD ANDALUZA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA  
Colegio Oficial de Médicos  
Avda. de la Borbolla, 47  
41013 SEVILLA

o mediante Fax al número: 954 55 74 59