

# Boletín de inscripción a la SEEQP



Sociedad  
Española de  
Enfermería de  
Quemados y  
Cirugía  
Plástica

## Datos personales

---

Nombre ..... Apellidos..... DNI.....  
Dirección ..... Código postal.....  
Localidad ..... Provincia.....  
Teléfono ..... Móvil..... Fax.....  
E-mail .....

## Datos del Centro de Trabajo

---

Centro .....  
Servicio .....  
Dirección ..... Código postal.....  
Localidad ..... Provincia.....  
Teléfono ..... Móvil ..... Fax.....  
E-mail .....

## E-mail en el que desea recibir información de la SEEQP

---

E-mail .....

**Cuota de socio: 60,00 euros al año**

## Datos bancarios

---

Banco/Caja .....  
Dirección de la Oficina .....  
Localidad ..... Provincia..... Código Postal.....  
Entidad..... Oficina ..... DC ..... Número de cuenta .....