



FORMULARIO ADHESIÓN COMO **SOCIO ACTIVO**

Requisitos

Hasta el momento su condición de membresía en la SENEK correspondía a socio adherido (socios con voz, pero no voto). Si desea formar parte de la Sociedad como **socio activo**, debe cumplir los siguientes requisitos:

1. Haber terminado la especialidad de Neurocirugía
2. Haber presentado un trabajo en una Reunión Oficial de la Sociedad
3. Aportar una carta de presentación de dos miembros activos de la Sociedad, que avalen su solicitud

Si cumple estos requisitos, le ruego cumplimente el formulario y lo remita a la Secretaría Técnica de la Sociedad a la atención de Inmaculada Toledano por e-mail a secretaria@senec.es o bien por fax al número 932 217 005.

DATOS PERSONALES

NOMBRE: _____

APELLIDOS: _____

DIRECCIÓN PARTICULAR: _____

TELÉFONO DE CONTACTO: _____

E-MAIL: _____@_____

DATOS PROFESIONALES

REALIZÓ LA ESPECIALIDAD EN:

Hospital: _____

Duración: _____

Dr. responsable de su formación: _____

Número de Colegiado: _____

DATOS DE ADHESIÓN SENEK COMO SOCIO ADHERIDO

Año de adhesión a la SENEK como socio adherido: _____

DOCUMENTACIÓN QUE ADJUNTA

Todos los aspirantes deberán enviar este formulario relleno y **adjuntar un "currículum vitae"**, su **dirección postal** y los **datos de su cuenta bancaria** para el pago de la cuota. **La documentación habrá que enviarla antes del 30 de abril**, con el fin de que puedan presentarse en la Reunión Oficial anual de la Sociedad

Por favor, adjunte copia impresa de los documentos que enumere a continuación y referencia bibliográfica en los casos que corresponda.

1. _____

2. _____

3. _____

CUOTA DE SOCIO ACTIVO: 100,00 € ANUALES

Por la presente, expreso mi deseo de formar parte de la SENEC como socio activo.

Firmado:

En _____ a _____ de _____ de 201_____

SENEC

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA

Nombre del Banco / Caja:

DATOS NUMÉRICOS DE LA ENTIDAD BANCARIA: (ANOTAR LOS VEINTE DÍGITOS BANCARIOS)

Entidad:	Oficina:	Control:
Nº de Cuenta:		Dirección:
Población:	Provincia:	C.P.:

NOMBRE TITULAR DE LA CUENTA:

Apellidos:	Nombre:	Dirección:
Población:	Provincia:	C.P.:

Ruego a Uds. sírvanse tomar nota de que, hasta nuevo aviso, deberán adeudar en mi cuenta con esa entidad los efectos que les sean presentados para su cobro por la **SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROCIRUGÍA (SENEC)**

Firma del interesado

SECRETARÍA TÉCNICA SENEC

Inmaculada Toledano

E-mail: secretaria@senec.es

C/ Universidad, 4-5

46003 Valencia

Tlf: 963 524 889 Fax: 932 217 005