



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 963 942 558.

DATOS PERSONALES

NOMBRE: _____

APELLIDOS: _____

TELEFONO 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: _____

DOCUMENTACION 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 SENEK como socio activo.

Firmado:

En _____ a _____ de _____ de 201_____

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. C/ Universidad, 4 C.P. 46003 Valencia. E-mail: secretaria@senec.es Tlf: 963 524 889 Fax: 963 942 558

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA

(Copia para la entidad bancaria que debe entregar Vd.)

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. C/ Universidad, 4 C.P. 46003 Valencia. E-mail: secretaria@senec.es Tlf: 963 524 889 Fax: 963 942 558

CARTA DE PRESENTACIÓN DE NUEVOS SOCIOS DE LA SENEC

Yo, el abajo firmante, Dr./a. D./Dña.

Socio Activo de la SENEC, conozco la alta calificación profesional y moral del Dr./a. _____ y, en consecuencia, considero oportuno proponer su candidatura para **Socio Adherido** de la **Sociedad Española de Neurocirugía (SENEC)**

Firmado: _____

En **a**..... **de**.....**de 201...**

CARTA DE PRESENTACIÓN DE NUEVOS SOCIOS DE LA SENEC

Yo, el abajo firmante, Dr./a. D./Dña.

Socio Activo de la SENEC, conozco la alta calificación profesional y moral del Dr./a. _____ y, en consecuencia, considero oportuno proponer su candidatura para **Socio Adherido** de la **Sociedad Española de Neurocirugía (SENEC)**

Firmado: _____

En **a**..... **de**.....**de 201...**

SECRETARÍA TÉCNICA SENEC

Inmaculada Toledano
E-mail: secretaria@senec.es
C/ Universidad, 4-5
46003 Valencia
Tlf: 963 524 889 Fax: 963 942 558
