



ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

CUOTA DE REGISTRO DE SOCIO EXENTO DE CUOTA

DATOS:

CIF / NIF:
Nombre y Apellidos:
Domicilio:
C.P./Localidad/Provincia:
Teléfono:

Muy Sres. míos:

Por la presente confirmo mi deseo de formar parte de la ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA en calidad de SOCIO y solicito la exención de cuota por el siguiente motivo:

MOTIVO DE EXENCIÓN:

Atentamente,

Fdo.:

En Madrid, a de de 20