



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

DATOS BANCARIOS

Le rogamos que, una vez sea aprobada su solicitud, proceda a rellenar los campos correspondientes a su filiación y sus datos bancarios.

Primer Apellido (*)

Segundo Apellido (*)

Nombre (*)

DNI (*)

Centro de Trabajo (*)

Entidad (*): Sucursal (*):

Dígito control (*):

Número de Cuenta (*):

(*) Campos Obligatorios a rellenar.