

**DATOS PERSONALES**

Nombre y Apellidos .....

DNI ..... Domicilio .....

Localidad..... Provincia ..... C.P. ....

Teléfono ..... Fecha de nacimiento .....

**DATOS PROFESIONALES**

Centro de trabajo .....

Cargo ..... Especialidad .....

Teléfono ..... Fax ..... E-mail .....

**EMPRESAS Y ASOCIACIONES**

Nombre de la empresa o asociación .....

Dirección .....

Representante ..... Cargo que ocupa .....

Teléfono ..... Fax..... E-mail .....

¿Desea estar incluido en el directorio electrónico de la SEEC?: Sí  No

Tipo de socio: Numerario 60 €  En formación\* 30 €  Colaborador 1.000 €

\* Los socios en formación deben adjuntar a esta solicitud la prueba documental correspondiente o certificado acreditativo firmado por su Director o Tutor.

Fecha, lugar y firma del solicitante:

**DATOS BANCARIOS:**

Entidad..... Dirección .....

Localidad..... Provincia .....

Titular de la cuenta ..... DNI/NIF .....

Nº cuenta corriente (con IBAN) : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Autorizo a la Sociedad Española de Enfermedad Celíaca para el cobro de mi cuota anual de \_\_\_\_\_ € como miembro de la citada Sociedad

Fecha:

Firma:

Enviar este boletín cumplimentado a [info@seec.es](mailto:info@seec.es)