



## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN A LA S.A.D.R.M.

### Datos Personales

Nombre:

Apellidos:

Dirección:

Población:

C-P:  Provincia:

D.N.I.:  Teléfono:  Fax:

E-mail:

Fecha y lugar de nacimiento:

Nacionalidad:  Año de licenciatura:

Especialidad:

Fecha de ingreso en la SADR:

Centro de trabajo:

Cargo:



**SOCIEDAD DEL APARATO DIGESTIVO DE LA REGIÓN DE MURCIA**  
Iltre. Colegio Oficial de Médicos de Murcia. Avda. Juan Carlos I, 3. Murcia 30008.

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN A LA S.A.D.R.M.

**Area Médica de interés** (marcar la casilla correspondiente):

- Hepatología
- Colon y recto
- Endoscopia: intervencionista
- Páncreas
- Patología gastroduodenal
- Intestino delgado

**Area Quirúrgica de interés** (marcar la casilla correspondiente):

- Laparoscopia
- Cirugía digestiva

**Otros** (especificar):



**SOCIEDAD DEL APARATO DIGESTIVO DE LA REGIÓN DE MURCIA**  
Iltre. Colegio Oficial de Médicos de Murcia. Avda. Juan Carlos I, 3. Murcia 30008.

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN A LA S.A.D.R.M.

### Datos Bancarios:

Banco:

Dirección:

Población:  C-P:

Provincia:

### Nº C/C:

Entidad:  Oficina:  D.C.:  Número de cuenta:

NOTA:

Imprimir estas páginas y enviarlas por correo ordinario a:

EUROCOM  
OPC MU009  
Plaza Condestable, 5  
30009 MURCIA

Tel. 968 283 040  
grupoeurocom@grupoeurocom.com - francis@grupoeurocom.com

o mediante Fax al número: 968 286 070