

DOCUMENTACION NECESARIA PARA SER MIEMBRO DE LA SEMBA

El Solicitante de la Admisión deberá cumplir al menos los Requisitos Mínimos de Ingreso siguientes:

1.- Ostentar la titulación de Licenciado en Medicina, Farmacia, Biología o cualquier otra Titulación Superior en Ciencias de la Salud. Deberá adjuntar fotocopia compulsada de este título.

2.- Además, cumplimentar la ficha de inscripción y la domiciliación bancaria que figura más abajo y adjuntarla junto con una fotocopia del DNI.

3.- Aval de 2 socios activos de la sociedad, que firmarán la solicitud.

DATOS PARA SOLICITAR LA INSCRIPCIÓN COMO MIEMBRO ASOCIADO

Apellidos:		
Nombre:	NIF:	
Dirección Particular: Calle, Avenida, Plaza Código Postal / Ciudad / Provincia:		
Tel. Particular: Correo electrónico particular (si es diferente al profesional):		
Titulación:		
Universidad:		
Nº de Colegiado: Colegio de Médicos de:		
Sociedades Médicas a las que pertenece:		
Especialidades (oficialmente reconocidas):		
<input type="checkbox"/> Sin ejercicio <input type="checkbox"/> Consulta <ul style="list-style-type: none"> • Si es un Centro, indique nombre: • Días de consulta / horario: • Dirección: • Ciudad / Código Postal: • Teléfono: • Fax: • Correo electrónico: • Página web: • Si trabaja con Mutualidades, indíquelas: 		
Técnicas terapéuticas que utiliza:		
<input type="checkbox"/> Fitoterapia <input type="checkbox"/> Dietética <input type="checkbox"/> Ozonoterapia <input type="checkbox"/> Acupuntura <input type="checkbox"/> Homeopatía <input type="checkbox"/> Terapia Neural <input type="checkbox"/> Osteopatía <input type="checkbox"/> Medicina Ortomolecular	<input type="checkbox"/> Biorresonancia <input type="checkbox"/> Aféresis <input type="checkbox"/> Microinmunoterapia <input type="checkbox"/> Homotoxicología <input type="checkbox"/> Mesoterapia <input type="checkbox"/> Plataforma laser <input type="checkbox"/> Peelings <input type="checkbox"/> Drenaje linfático	<input type="checkbox"/> Plasma rico en plaquetas <input type="checkbox"/> Oligoterapia catalítica <input type="checkbox"/> Otras (especificar)
Dirección en la que prefiere recibir:		
<ul style="list-style-type: none"> • CORRESPONDENCIA SEMBA.: <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Profesional • INFORMACIÓN DE CASAS COMERCIALES: <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> No quiere recibir 		

Los datos proporcionados por usted en esta solicitud serán incorporados a un fichero automatizado titularidad de la Sociedad Española de Medicina Biológica y Antienviejimiento (SEMBA) con la finalidad de poder prestarle un adecuado servicio de atención al usuario y ofertarle nuestros productos y servicios. Si lo desea, puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiendo un escrito al domicilio social de SEMBA sito en Residencial Paraíso 9, local 50008 Zaragoza.

Fecha, firma.

DOMICILIACIÓN BANCARIA

Les ruego que con cargo a mi cuenta atiendan hasta nuevo aviso las órdenes de pago que presente la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA BIOLÓGICA Y ANTIENVEJECIMIENTO (SEMBA)

BANCO/CAJA:
DIRECCION:
DISTRITO POSTAL:
CIUDAD:
TITULAR DE LA CUENTA:

CODIGO CUENTA CLIENTE: 20 digitos
(rellenar correctamente todas las casillas)

Firma del titular

Fecha: _____