

INSCRIPCIÓN EN AENTDE

Nombre _____ Apellidos _____

Dirección particular _____

CP _____ Ciudad _____

Tfno: _____ Correo-E: _____

Centro de trabajo _____

Dirección _____

CP _____ Ciudad(Provincia) _____

Tfno: _____ Correo-E: _____

Actividad Profesional _____ Especialidades _____

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Atención primaria | <input type="checkbox"/> Médico/quirúrgica |
| <input type="checkbox"/> Gestión | <input type="checkbox"/> Geriatria |
| <input type="checkbox"/> Atención especializada | <input type="checkbox"/> Comunitaria |
| <input type="checkbox"/> Formación | <input type="checkbox"/> Maternal |
| <input type="checkbox"/> Investigación | <input type="checkbox"/> Infantil |
| <input type="checkbox"/> Otras | <input type="checkbox"/> Gestión |
| | <input type="checkbox"/> S. Mental /Psiquiatria |

Inscripción : 7 €

Cuota anual: 18 €

DOMICILIACIÓN BANCARIA

Entidad _____ Oficina _____

Titular _____ NIF _____

Dirección _____

CP _____ Ciudad(Provincia) _____

Entidad	Agencia	DC	Nº de cuenta

REMITIR A

Autorizo que se hagan efectivos los recibos que con cargo a mi cuenta corriente o libreta presente la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería AENTDE.

Fecha _____

Firma: _____

AENTDE
Escuela de Enfermería
Universitat de Barcelona
C/ Feixa Llarga, s/n
08907 L'Hospitalet