



## BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN A LA SOCIEDAD FARMACÉUTICA DEL MEDITERRÁNEO LATINO



D./Dña/Institución  
.....DNI/CIF.....  
Domicilio Calle/Pl.....  
  
Ciudad.....CP.....Teléfono.....  
FARMACÉUTICOen.....EMail.....  
SOLICITA su inscripción como  
socio\*.....comprometiéndose Al cumplimiento  
de los deberes estatutarios  
  
BANCO/CAJA.....Sucursal.....  
Ciudad.....  
Cuenta..... A nombre de  
.....  
.....a.....de.....20..

\*Titular (Cuota 30€ /año)  
Protector/Institución (Cuota 120€/año)  
Estudiante (Cuota 20€/año)

Fdo.....  
*Enviar esta parte a la SFML*

*Facultad de Farmacia  
Campus Cartuja S/N  
180071 GRANADA  
EMAIL: sfmlgrupohispano@ugr.es*

Sr. Director del  
BANCO/CAJA.....  
.....  
Sucursal.....Localidad.....  
.....  
Provincia.....CP.....

Muy Sr. mío:  
Ruego que, a partir de la fecha y hasta nuevo aviso, atiendan  
los recibos a mi nombre de la **Sociedad Farmacéutica del  
Mediterráneo Latino**, con cargo a la  
Cuenta.....en  
concepto de cuota

Fdo.....

*El nuevo socio debe enviar esta autorización a su banco*