



Asociación Española  
de Enfermería  
en Neurociencias

# FORMULARIO ASOCIADO AEEN

DATOS PERSONALES

DATOS BANCARIOS

En caso de nueva solicitud para pertenecer a la Sociedad se debe aportar la siguiente documentación:

- **Formulario Socio de la AEEN cumplimentado**

Le ruego cumplimente el siguiente formulario con los datos solicitados y lo envíe a la Secretaría Técnica de la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN NEUROCIENCIAS por mail:



Email: [secretaria@aeen.es](mailto:secretaria@aeen.es)

Tel. 950 532 539 - Móviles: 678 424 340 / 687 387 875



## DATOS PERSONALES

NOMBRE \_\_\_\_\_  
 APELLIDOS \_\_\_\_\_  
 DNI \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE CONTACTO \_\_\_\_\_  
 E-MAIL \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN POSTAL \_\_\_\_\_  
 C.P. \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_



## DATOS PROFESIONALES

ESPECIALIDAD \_\_\_\_\_  
 CENTRO DE TRABAJO \_\_\_\_\_  
 CIUDAD \_\_\_\_\_



## ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA

NOMBRE DEL BANCO / CAJA \_\_\_\_\_  
 IBAN \_\_\_\_\_  
 ENTIDAD \_\_\_\_\_ OFICINA \_\_\_\_\_ CONTROL \_\_\_\_\_ N ° DE CUENTA \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL TITULAR DE LA CUENTA \_\_\_\_\_

Ruego a Uds. sírvanse tomar nota de que, hasta nuevo aviso, deberán adeudar en mi cuenta con esa entidad los efectos que les sean presentados para su cobro por la Asociación Española de Enfermería en Neurociencias.

Rogamos avisen al banco que se va a realizar este cargo.

Por la presente, expreso mi interés por ser miembro de la AEEN.

**CUOTA DE SOCIO ACTIVO: 40,00 € (ANUAL)**

Firmado:

[ \_\_\_\_\_ ] 

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

SECRETARÍA TÉCNICA: SOLUTIONS EVENTOS  
 Ctra. de Sierra Alhamilla, nº 104 - bajo. 04007 Almería

Tel. 950 532 539 - Móviles: 678 424 340 / 687 387 875  
 Email: [secretaria@aeen.es](mailto:secretaria@aeen.es)