

Apunts. Medicina de l'Esport

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

Nombre _____ NIF/VAT _____

Dirección _____ Tel. _____

Población _____

País _____ CP _____

Precio suscripción (3 Números) 2.500 PTA España
3.000 PTA Extranjero (giro postal en PTA o tarjeta de crédito)

Me suscribo para el año:

Haré efectivo el importe de la suscripción:

- Con cheque adjunto a nombre de la EADOP
- Reembolso
- Giro postal (en PTA) n°
- Con tarjeta: Visa 6.000 American Express Master Card

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Firma

Fecha de caducidad _____

- Con domicialización bancaria con cargo a la cuenta:

DATOS BANCARIOS

Banco o Caja _____ Agencia _____

Dirección _____ Código Postal _____

Población _____ País: ESPAÑA _____

Titular _____

□□□□ □□□□ □□ □□□□□□□□□□□□□□

Entidad

Agencia

Control

Núm. de la cuenta

Firma

Enviar este BOLETÍN a: EADOP - Departament Comercial
Apartat de Correus, 2.800 - 08080 BARCELONA (SPAIN)

