

# Apunts. Medicina de l'Esport

## BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

Nombre	NIF/VAT
Dirección	Tel.
Población	
País	CP

**Precio suscripción (3 Números)**      20 € España  
24 € Extranjero (giro postal en EUROS 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 euros) 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)

