

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN COMO SOCIO NUMERARIO

DATOS PERSONALES	
APELLIDOS	
NOMBRE	nº DNI / PASAPORTE
DOMICILIO	
POBLACIÓN Y PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL
PAÍS	TELÉFONO

DATOS PROFESIONALES	
ESTUDIOS (<i>marcar con una x lo que corresponda</i>) <input type="checkbox"/> Veterinaria <input type="checkbox"/> Biología <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Medicina <input type="checkbox"/> Psicología <input type="checkbox"/> FP <input type="checkbox"/> Otros (indicar)	
TITULACIÓN (<i>marcar con una x lo que corresponda</i>) <input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Licenciado <input type="checkbox"/> Formación Profesional <input type="checkbox"/> Estudios primarios <input type="checkbox"/> Otros (indicar)	
PUESTO DE TRABAJO (<i>marcar con una x lo que corresponda</i>) (*) <input type="checkbox"/> Asesor en Bienestar Animal <input type="checkbox"/> Asesor en Salud Animal <input type="checkbox"/> Investigador <input type="checkbox"/> Experimentador <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Responsable Animalario <input type="checkbox"/> Personal docente <input type="checkbox"/> Otros (indicar)	
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA / INSTITUCIÓN	
DEPARTAMENTO / SECCIÓN	
DIRECCIÓN	
POBLACIÓN Y PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL
PAÍS	TELÉFONO
CORREO ELECTRÓNICO PARA COMUNICACIÓN CON LA SECAL	

CUOTA: Inscripción: **7 €** Cuota anual: **86 €**
 Más información en el apartado "Cuotas" de la página www.secal.es

FORMA DE PAGO	
DOMICILIACIÓN BANCARIA	
TITULAR DE LA CUENTA	Nº DE CUENTA
OTRAS FORMAS DE PAGO	
<input type="checkbox"/> Transferencia bancaria a la cuenta de la SECAL (*) <input type="checkbox"/> Pago al contado <input type="checkbox"/> Talón bancario a nombre de la SECAL	Indicar el nombre, dirección y NIF de la entidad pagadora:
(*) Si se ha optado por la transferencia bancaria, el número de cuenta al que habrá de realizarse se indicará en la factura que en su momento emita la SECAL.	

SOCIOS DE LA SECAL QUE AVALAN LA SOLICITUD (Dos socios, según Art. 8 Estatutos)	
NOMBRE Y APELLIDOS	NOMBRE Y APELLIDOS
<i>Si tiene dificultad en localizar dos socios que le avalen, contacte con la Secretaría adjuntando un breve CV.</i>	

INDICAR DÓNDE SE DESEA RECIBIR LA CORRESPONDENCIA POSTAL: Domicilio particular Dirección profesional

FIRMA Y FECHA	<input type="checkbox"/> <i>Doy mi consentimiento para que mis datos sean utilizados con fines comerciales por las empresas benefactoras de la SECAL.</i>
---------------	---