

# 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

□□□□ □□□□ □□ □□□□□□□□□□

Firma

Entidad

Agencia

Control

Núm. de la cuenta



Enviar este BOLETÍN a:

EADOP - Departament Comercial  
Apartat de Correus, 2.800 - 08080 BARCELONA (SPAIN)