Apunts. Medicina de l'Esport

BUTLLETA DE SUBSCRIPCIÓ

Nom NIF/VAT

Adreça Tel.

Població

País CP

Preu subscripció *(3 Números)* 2.500 PTA Espanya
3.000 PTA Estranger (gir postal en PTA o targeta crèdit)

Em subscric per a l'any: .....

Farè efectiu l'import de la subscripció

- ❑ amb xec adjunt a nom de l'EADOP
- ❑ reemborsament
- ❑ gir *postal* (en PTA) núm
- ❑ amb targeta ❑ Visa ❑ 6.000 ❑ American Express ❑ Master Card

❑❑❑❑❑❑❑❑❑❑❑❑❑❑❑❑❑❑❑❑

Signatura

Data de caducitat _____

❑ Amb domiciliació bancària amb càrrec al compte:

DADES BANCÀRIES

Banc o Caixa Agència

Adreça Codi Postal

Població País: ESPANYA

Titular

❑❑❑❑ ❑❑❑❑ ❑❑ ❑❑❑❑❑❑❑❑❑❑

Entitat Agència Control Núm. del compte

Signatura

Trametre aquesta BUTLLETA a: EADOP - Departament Comercial
Apartat de Correus, 2.800 - 08080 BARCELONA (SPAIN)