

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)

