

# Apunts. Medicina de l'Esport

## BUTLLETA DE SUBSCRIPCIÓ

Nom NIF/VAT

---

Adreça Tel.

---

Població

---

País CP

---

**Preu subscripció (3 Números)** 20 € Espanya  
24 € Estranger (gir postal en EUROS o targeta crèdit)

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

---

Faré efectiu l'import de la subscripció

- amb xec adjunt a nom de l'EADOP
- reemborsament
- gir postal (en euros) 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)

