

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:

Farè 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 _____

□□□□ □□□□ □□ □□□□□□□□□□□□□□

Encitat

Agència

Control

Núm. del compte

Signatura

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

