

# 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)

