

# 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)

