

## **DOCUMENTACION NECESARIA PARA SER MIEMBRO DE LA SEMBA**

El Solicitante de la Admisión deberá cumplir al menos los Requisitos Mínimos de Ingreso siguientes:

1.- Ostentar la titulación de Licenciado en Medicina, Farmacia, Biología o cualquier otra Titulación Superior en Ciencias de la Salud. Deberá adjuntar fotocopia compulsada de este título.

2.- Además, cumplimentar la ficha de inscripción y la domiciliación bancaria que figura más abajo y adjuntarla junto con una fotocopia del DNI.

3.- Aval de 2 socios activos de la sociedad, que firmarán la solicitud.

**DATOS PARA SOLICITAR LA INSCRIPCIÓN COMO MIEMBRO ASOCIADO**

<b>Apellidos:</b>		
<b>Nombre:</b>		<b>NIF:</b>
<b>Dirección Particular:</b> Calle, Avenida, Plaza Código Postal / Ciudad / Provincia:		
<b>Tel. Particular:</b> Correo electrónico particular (si es diferente al profesional):		
<b>Titulación:</b>		
<b>Universidad:</b>		
<b>Nº de Colegiado:</b> Colegio de Médicos de:		
<b>Sociedades Médicas a las que pertenece:</b>		
<b>Especialidades (oficialmente reconocidas):</b>		
<input type="checkbox"/> Sin ejercicio <input type="checkbox"/> Consulta <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si es un Centro, indique nombre:</li> <li>• Días de consulta / horario:</li> <li>• Dirección:</li> <li>• Ciudad / Código Postal:</li> <li>• Teléfono:</li> <li>• Fax:</li> <li>• Correo electrónico:</li> <li>• Página web:</li> <li>• Si trabaja con Mutualidades, indíquelas:</li> </ul>		
<b>Técnicas terapéuticas que utiliza:</b>		
<input type="checkbox"/> Fitoterapia <input type="checkbox"/> Dietética <input type="checkbox"/> Ozonoterapia <input type="checkbox"/> Acupuntura <input type="checkbox"/> Homeopatía <input type="checkbox"/> Terapia Neural <input type="checkbox"/> Osteopatía <input type="checkbox"/> Medicina Ortomolecular	<input type="checkbox"/> Biorresonancia <input type="checkbox"/> Aféresis <input type="checkbox"/> Microinmunoterapia <input type="checkbox"/> Homotoxicología <input type="checkbox"/> Mesoterapia <input type="checkbox"/> Plataforma laser <input type="checkbox"/> Peelings <input type="checkbox"/> Drenaje linfático	<input type="checkbox"/> Plasma rico en plaquetas <input type="checkbox"/> Oligoterapia catalítica <input type="checkbox"/> Otras (especificar)
<b>Dirección en la que prefiere recibir:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CORRESPONDENCIA SEMBA.: <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Profesional</li> <li>• INFORMACIÓN DE CASAS COMERCIALES: <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> No quiere recibir</li> </ul>		

Los datos proporcionados por usted en esta solicitud serán incorporados a un fichero automatizado titularidad de la Sociedad Española de Medicina Biológica y Antienviejimiento (SEMBA) con la finalidad de poder prestarle un adecuado servicio de atención al usuario y ofertarle nuestros productos y servicios. Si lo desea, puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiendo un escrito al domicilio social de SEMBA sito en Residencial Paraíso 9, local 50008 Zaragoza.

Fecha, firma.

<b>DOMICILIACIÓN BANCARIA</b>
-------------------------------

Les ruego que con cargo a mi cuenta atiendan hasta nuevo aviso las órdenes de pago que presente la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA BIOLÓGICA Y ANTIENVEJECIMIENTO (SEMBA)

BANCO/CAJA:
DIRECCION:
DISTRITO POSTAL:
CIUDAD:
TITULAR DE LA CUENTA:

CODIGO CUENTA CLIENTE: 20 digitos  
(rellenar correctamente todas las casillas)

Firma del titular

Fecha: \_\_\_\_\_