

# SOCIEDAD RIOJANA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y RIESGO VASCULAR

## BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

### DATOS PERSONALES

<b>NOMBRE:</b>	
<b>APELLIDOS:</b>	
<b>D.N.I.:</b>	
<b>E-MAIL:</b>	
<b>CALLE:</b>	
<b>CP.:</b>	
<b>LOCALIDAD:</b>	
<b>TELÉFONO:</b>	

### DATOS DEL TRABAJO

<b>CENTRO DE TRABAJO:</b>	
<b>ESPECIALIDAD:</b>	
<b>CALLE:</b>	
<b>CP.:</b>	
<b>LOCALIDAD:</b>	
<b>TELÉFONO:</b>	

Deseo ser admitido como miembro de la Sociedad Riojana de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular.

En ..... A ..... De ..... de 20 .....

Dirección de Envío:  
Secretaría de la SRHTA-RV  
Avda. La Paz 51, Planta 9º  
26004 Logroño. La Rioja

NOTA: Los campos rojos son obligatorios