



SOCIO SENEP

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN



## Normativa para la solicitud de inscripción como socios:

Según los Estatutos de la SENEP podrán existir las siguientes clases de miembros:

### NUMERARIOS:

Aquellos Neurocirujanos que ejerzan su profesión como tales dentro del ámbito territorial de la Sociedad y que deseen pertenecer a la misma, cumpliendo los requisitos que para su ingreso se establecen. Podrán ingresar en la Sociedad como Miembros Numerarios, todos aquellos médicos que estén en posesión del título de Especialista en Neurocirugía y dedique su actividad profesional de un modo preferente a la Neurocirugía Pediátrica, lo solicite por escrito refrendado por dos miembros Numerarios y dirigido a la Junta Directiva. Corresponde a la Asamblea General, en la sesión administrativa, aceptar o no al peticionario.

### CORRESPONDIENTES:

Aquellos neurocirujanos que tengan su actividad profesional fuera del ámbito territorial de la Sociedad. Aquellos médicos especialistas en áreas médicas afines a la Neuro-

cirugía Pediátrica que se destaquen por su contribución al desarrollo y divulgación de dicha Ciencia. El nombramiento de Miembro Correspondiente emanará de la Asamblea General y lo otorgará la Junta Directiva. Su propuesta se hará por escrito, refrendado por dos Miembros Numerarios como mínimo.

### EN FORMACIÓN:

Serán aquellos médicos que estén en período de formación para obtener el título de médico especialista en Neurocirugía según las leyes vigentes. Para su ingreso en la Sociedad, se deberá hacer por escrito dirigido a la Junta Directiva, refrendado por dos Miembros Numerarios, y con el visto bueno del neurocirujano responsable de la formación del peticionario y ser aceptado por la Asamblea General. Tendrán derecho a la asistencia y participación activa de todas las actividades científicas de la Sociedad.



## Documentación a aportar

En caso de nueva solicitud para pertenecer a la Sociedad se debe aportar la siguiente documentación:

- Formulario Socio de la SENEP cumplimentado.
- Curriculum vital del interesado enviado a la atención de la Junta Directiva de la SENEP.

En cuanto la Junta Directiva decida la aprobación de las solicitudes de los nuevos socios se le comunicará a través de los datos facilitados por usted.

Le ruego cumplimente el siguiente formulario con los datos solicitados y lo envíe a la Secretaría Técnica de la Sociedad Española de Neurocirugía Pediátrica por mail:

**E-mail: [secretaria@senepe.es](mailto:secretaria@senepe.es)**

Tels: 608 705 946  
950 532 539

Los datos personales que Ud. nos proporcione serán tratados conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y, en concreto, será utilizada por la Secretaría Técnica de la SENEPE, con la única finalidad de gestionar su inscripción como SOCIO a la Sociedad Española de Neurocirugía Pediátrica.

## FORMULARIO

### Datos personales

NOMBRE \_\_\_\_\_  
 APELLIDOS \_\_\_\_\_  
 TELÉFONO DE CONTACTO \_\_\_\_\_  
 DNI \_\_\_\_\_  
 E-MAIL \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN POSTAL \_\_\_\_\_  
 C.P. \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_

### Datos profesionales

ESPECIALIDAD \_\_\_\_\_  
 CENTRO DE TRABAJO \_\_\_\_\_  
 CIUDAD \_\_\_\_\_  
 NÚMERO DE COLEGIADO \_\_\_\_\_

**CUOTA DE SOCIO ACTIVO: 50,00 € (ANUAL)**

### Orden de pago domiciliación bancaria

NOMBRE DEL BANCO/CAJA \_\_\_\_\_  
 IBAN-Nº DE CUENTA \_\_\_\_\_  
 TITULAR DE LA CUENTA \_\_\_\_\_

Ruego a Uds. sírvanse tomar nota de que, hasta nuevo aviso, deberán adeudar en mi cuenta con esa entidad los efectos que les sean presentados para su cobro por la Sociedad Española de Neurocirugía Pediátrica (SENEPE).

Por la presente, expreso mi interés por ser miembro activo de la SENEPE.

Firmado:

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_