

**ASOCIACION J. WILLIAM FULBRIGHT**  
**Boletín de inscripción para nuevos asociados o de cambio de datos**

Para hacerte miembro de la Asociación J W Fulbright<sup>1</sup> rellena este formulario y envíalo al departamento de gestión administrativa de la asociación (al correo electrónico asocfulbright@gmail.com o al fax +34 91 710 5055) y después lleva una copia de la orden de domiciliación a tu banco para el cargo de las cuotas. El primer año, la cuota será de 1 € en caso de que sea el siguiente año a la terminación de tu Beca, en el resto de los casos, la cuota general será de 64 € al año. A partir de ese momento te incluiremos en los envíos de información de nuestras actividades.

**Marca con una cruz lo que corresponda:**

Inscripción   
Cambio de datos

**DATOS PERSONALES**

Apellidos: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Núm: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_  
C.P.: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_ Correo-e: \_\_\_\_\_

**DATOS ACADÉMICOS**

**Tipo de Becario/asociado<sup>2</sup>:**

Fulbright: Programa _____	<input type="checkbox"/>	Cod. Prog.	<input type="text"/>
Comité Conjunto Hispano Americano _____	<input type="checkbox"/>	Cod Prog.	<input type="text"/>
Asociación JW Fulbright _____	<input type="checkbox"/>		
Otras instituciones: Programa _____	<input type="checkbox"/>	Cod Prog.	<input type="text"/>
Seminario de Salzburgo _____	<input type="checkbox"/>		
Otros: especificar _____	<input type="checkbox"/>	cod:	<input type="text"/>

Años de disfrute de la beca:                      Inicio:          Final:      
Años de disfrute de la segunda beca:                      Inicio:          Final:

Institución en EEUU \_\_\_\_\_  
Campo de Especialización \_\_\_\_\_

**DATOS PROFESIONALES**

Empresa/Entidad: \_\_\_\_\_  
Actividad \_\_\_\_\_  
Cargo \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Num.: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_  
C.P.: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_ Correo-e: \_\_\_\_\_

Nota: Doy mi autorización para que se utilicen estos datos, así como otros básicos de mi campo de especialización y estudios, con el fin de que la Asociación tenga conocimiento de mi campo de especialización y pueda facilitarme eventualmente contactos profesionales.

<sup>1</sup> Si corresponde, la solicitud será aceptada provisionalmente por la Junta Directiva hasta su ratificación por la Asamblea Anual.  
<sup>2</sup> Recuadros sombreados a rellenar por la Asociación.

Fecha: \_\_/\_\_/20\_\_

Firma:

\*\*\*\*\*

CUOTA ANUAL (actual) DE SESENTA Y CUATRO EUROS (64 EUROS) A PAGAR MEDIANTE DOMICILIACION BANCARIA. PRIMER AÑO 1 EURO.

***Autorización de Cobro***

Banco/Caja: \_\_\_\_\_

	Entidad	Oficina	D.C.	Número de cuenta
C.C.C:	□□□□	□□□□	□□	□□□□□□□□□□

Domicilio: \_\_\_\_\_ Num.: \_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

C.P.: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Ruego a Uds. se sirvan tomar nota de que, hasta nueva orden mía en contra, deberán adeudar en mi cuenta arriba indicada los recibos: que a nombre de D. \_\_\_\_\_ les sean presentados por la ASOCIACION J. WILLIAM FULBRIGHT.

Fecha: \_\_/\_\_/20\_\_

Firma:

---