

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

Para hacerte miembro de la Asociación J W Fulbright¹ 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. La cuota del primer año es de un euro (1,00 Euro). 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/asociado²:

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

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.

Fecha: __ / __ /20__

Firma:

¹ Si corresponde, la solicitud será aceptada provisionalmente por la Junta Directiva hasta su ratificación por la Asamblea Anual.

² Recuadros sombreados a llenar por la Asociación.

CUOTA ANUAL (actual) DE CINCUENTA Y CINCO EUROS (55) EUROS A PAGAR MEDIANTE DOMICILIACION BANCARIA

Autorización de Cobro

Banco/Caja: _____

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

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: _____