



## BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

Deseo suscribirme a la Revista *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*:

Nombre y Apellidos: .....

Institución o Empresa: .....

Cargo:..... N.I.F: .....

Domicilio: .....

Población: ..... Código Postal: .....

Provincia:..... País: .....

Teléfono: ..... Fax:..... E-mail:.....

### TIPO DE SUSCRIPCIÓN

Ver tarifas y dirección en la primera página de la revista

- Personas físicas
- Empresas e Instituciones
- MIR/Estudiante

#### Dirección de envío:

SOCIETAT CATALANA DE SEGURETAT I MEDICINA DEL TREBALL  
 Tapineria, 10 pral – 08002 Barcelona  
 Fax: 93 310 52 30 – e-mail: [archivos@scsmt.cat](mailto:archivos@scsmt.cat)

### FORMA DE PAGO

#### Orden de pago. TARJETA DE CRÉDITO

- American Express
- Visa
- Mastercard

Nombre del titular de la tarjeta .....

Nº de la tarjeta.....

Fecha de caducidad .....

#### Orden de pago. DOMICILIACIÓN BANCARIA

Entidad bancaria .....

Domicilio de la Entidad bancaria .....

CP ..... Localidad.....

#### Código cuenta cliente

Entidad ..... Oficina..... D.C. ....

Número de Cuenta .....

Firma