

Por favor, rellene este cupón con la forma de pago más cómoda para usted.

Me suscribo a:

## CUADERNOS DE MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE

NOMBRE .....

APELLIDOS .....

CALLE Y N° .....

CIUDAD ..... C.P. .... PROV .....

PROFESIÓN ..... TELÉFONO .....

FORMA DE PAGO:  Domiciliación bancaria: es más cómodo y reduce incidencias

(rellenar boletín adjunto).

Firma:

Talón adjunto

EXTRANJERO:  Cheque bancario

**Precio número suelto:** 22 ₣ (3.660 Ptas.)

**Precio suscripción un año (cuatro números):**

España: 46 ₣ (7.653 Ptas.)

Extranjero: 64 \$ U.S.A.

### *Domiciliación: autorización de pago*

NOMBRE .....

DOMICILIO .....

POBLACIÓN .....

TITULAR DE LA CUENTA .....

Ruego acepten con cargo a mi cuenta corriente los recibos que presenten al cobro por la REVISTA CUADERNOS DE MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE en pago de mis cuotas de suscripción a dicha publicación, mientras no reciban orden en contrario por mi parte.

BANCO O CAJA DE AHORROS .....

DOMICILIO .....

OFICINA .....

SUCURSAL .....D.C.....

N° DE CUENTA (10 dígitos) .....

Firma,

(Rogamos escriban en letra de imprenta o a máquina).

### ENVIAR SUSCRIPCIÓN A:

EDITORIAL MÉDICA

C/ Gamonal, 5 - 5ª Planta - N° 9

- Edificio Valencia -

28031 Madrid

Centralita: 91 777 53 60

FIRMA:

FECHA: .....