

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

Me suscribo a:

## REVISTA IBEROAMERICANA DE FERTILIDAD

NOMBRE .....

APELLIDOS .....

CALLE Y Nº .....

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

PROFESION ..... TELEF. ....

FORMA DE PAGO:  Domiciliación bancaria: es más cómodo y reduce incidencias  
(rellenar boletín adjunto).

Firma:

EXTRANJERO:  Talón adjunto  
 Cheque bancario

Precio número suelto: 3.900 Ptas.

Precio suscripción un año (seis números):

España: 8.818 Ptas. 53 €

Extranjero: 82 \$ US

### *Domiciliación: autorización de pago*

NOMBRE .....

DOMICILIO .....

POBLACION .....

TITULAR DE LA CUENTA .....

Ruego acepten con cargo a mi cuenta corriente los recibos que presenten al cobro por la REVISTA IBEROAMERICANA DE FERTILIDAD en pago de mis cuotas de suscripción a dicha publicación, mientras no reciba orden en contrario por mi parte.

Cuenta corriente núm. ....

Cuenta ahorro núm. ....

Firma,

BANCO O CAJA DE AHORROS .....

AGENCIA .....

DOMICILIO .....

POBLACION .....

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

### ENVIAR SUSCRIPCIÓN A:

EDITORIAL MÉDICA

C/ Gamonal, 5 - 5ª Planta - Nº 9

- Edificio Valencia -

28031 Madrid

Centralita: (91) 777 56 03

FIRMA:

FECHA .....