

SOLICITUD DE ADHESIÓN
RED UNIVERSITARIA ESTUDIOS DE
POSTGRADO Y EDUCACIÓN PERMANENTE
SOCIOS DE NÚMERO

Rellenar por la
Secretaría RUEPEP

Fecha de Entrada:



EL RECTOR

El Rector

NOMBRE Y APELLIDOS

UNIVERSIDAD

Como representante legal de la Universidad:

NOMBRE UNIVERSIDAD

En nombre de la universidad, desea asociarse como **miembro de número** a la Red Universitaria de Estudios de Postgrado y Educación Permanente conforme a sus estatutos, lo que firma a los efectos oportunos

Fecha:

Firma:

Sello de la Universidad

PERSONA DESIGNADA COMO REPRESENTANTE DE LA UNIVERSIDAD EN LA RED

Y para su gestión designa a las siguiente persona como representante de la universidad en la Red:

NOMBRE

APELLIDOS

CARGO

DEPARTAMENTO/UNIDAD

DIRECCIÓN

TELEFONO

MÓVIL

FAX

E-MAIL

DATOS DE FACTURACIÓN

Datos de facturación de las cuotas de la Asociación:

NOMBRE ENTIDAD

CIF

DIRECCIÓN