FUNDACIÓN del HOSPITAL NACIONAL de PARAPLÉJICOS	**SOLICITUD ACTUALIZACIÓN DATOS PERSONALES**	IDISCAM INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DE CASTILLA LA MANCHA

Laboratorio/Grupo:	
Referencia proyecto:	

D./Dª.: _____, con DNI.: _____

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

CORREO ELECTRÓNICO:

NOMBRE ENTIDAD BANCARIA:

IBAN:

Lo que se comunica para su conocimiento y a los efectos oportunos.

En_____, a_____ de _____de 20___

EL SOLICITANTE

Fdo.:_____