



Solicitud de Inscripción

Nombre

Primer apellido

Segundo apellido

Titulación

Dirección

Número

Piso

Puerta

Código Postal

Localidad

Provincia

E-mail

Teléfono

Fax

Centro de trabajo

Teléfono

Fax

Dirección

Número

Piso

Puerta

Código Postal

Localidad

Provincia

E-mail

Autorizo a la Sociedad Vasco-Navarra de Psiquiatría a que efectúe los cargos correspondientes a la cuota de socio -50 € anuales - en la cuenta siguiente:

Número de cuenta (20 dígitos)

Entidad Bancaria:

Sucursal

Localidad

Firma

Envíe la solicitud de inscripción por fax (948226528) o correo:
Sociedad Vasco-Navarra de Psiquiatría
Colegio de Médicos de Navarra (Sección Académica)
Avda. Baja Navarra, 47
31002 Pamplona
