

**BOLETÍN DE SOLICITUD DE AFILIACIÓN PARA
MÉDICOS RESIDENTES DE PSIQUIATRÍA**

Enviar a C/ Arturo Soria 311, 1º B, 28033 Madrid o al fax 91 30 20 556 o al correo electrónico sep@sepsiq.org

1º apellido:

2º apellido:

Nombre:

DNI:

Domicilio particular:

Código Postal:

Localidad y provincia:

Teléfono:

Correo electrónico:

Centro de trabajo:

Dirección:

Código postal:

Localidad y provincia:

Teléfono:

Correo electrónico:

Socios que le presentan:

Fecha:

Firma:

Fecha de nacimiento:

Año del programa MIR:

Colegiado en:

Núm.:

Con/sin ejercicio

DATOS BANCARIOS

Nº de Cuenta Corriente (20 dígitos):