

ASOCIACIÓN CASTELLANA Y LEONESA DE NEUROPSICOLOGÍA

Unidad de Neuropsicología. Servicio de Psiquiatría

Complejo Hospitalario de Zamora. SACYL.

Avdª. Hernán Cortés, núm. 40. (49021 - Zamora)

Tfno.: 980 520 200 Fax: 980 517 305

e-mail: yba@intras.es

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Nombre			
Primer apellido			
Segundo apellido			
Fecha de nacimiento			
Lugar de nacimiento		Provincia	

DNI/NIF:	
Pasaporte (extranjeros)	

DOMICILIO PRIVADO

Dirección: (calle/plaza y número)			
Población		Código Postal	
Provincia			
País (solo extranjeros)			
Teléfono particular			
Fax Particular			
e-mail:			

PROFESIÓN (señalar con X lo que proceda). Especificar la especialidad si es el caso

Psicólogo	<input type="checkbox"/>	Logopeda	<input type="checkbox"/>
Médico	<input type="checkbox"/>	Otras (especificar):	<input type="text"/>
Neurofisiólogo	<input type="checkbox"/>		
Especialidad	<input type="text"/>		

TITULACIÓN SUPERIOR ALCANZADA

Título	Centro de estudios y Población	Año

TITULACIÓN RELACIONADA CON LA NEUROPSICOLOGÍA

Título	Centro de estudio	Año

SITUACIÓN PROFESIONAL ACTUAL:

Estudiante	Trabajador por cuenta propia	Trabajador por cuenta ajena	Otros
------------	------------------------------	-----------------------------	-------

TRABAJO ACTUAL

Institución/empresa			
Puesto de trabajo			
Dirección (calle/plaza y número)			
Población		Código Postal	
Provincia			
País (solo extranjeros)			
Teléfono			
Fax			
e-mail			

El abajo firmante, **solicita** ser admitido/a como miembro de la ASOCIACION CASTELLANA Y LEONESA DE NEUROPSICOLOGÍA

En _____ a _____ de _____ de 200__

Firmado:

Cuota de Inscripción 30 euros/ Año

Formas de pago:

Transferencia Bancaria

Banco/caja	BANESTO URB. PLAZA DE SAN JUAN																			
Domicilio	C/ HUELGAS, Nº 15																			
Población	VALLADOLID										Provincia		VALLADOLID							
Núm de cuenta (20 dígitos)	entidad				oficina				D.C.		Nº de cuenta									
	0	0	3	0	6	2	3	8	3	7	0	0	0	0	1	9	0	2	7	1
Código IBAN	ES 88 0030 6238 37 0000190271																			
Código BIC/SWIFT	ESPCESMM																			

Recibo domiciliado: (Rellenar los datos bancarios siguientes:)

Banco/caja																				
Domicilio																				
Población											Provincia									
Para cuentas nacionales (españolas) se deben rellenar estos datos bancarios																				
Núm de cuenta (20 dígitos)	entidad				oficina				D.C.		Nº de cuenta									
Para cuentas internacionales se deben rellenar estos datos bancarios																				
Código IBAN																				
Código BIC/SWIFT																				

Autorizo pagar las cuotas de socio/a de la ASOCIACIÓN CASTELLANA Y LEONESA DE NEUROPSICOLOGÍA

En _____ a _____ de _____ de 200__

Nombre _____

Firma: