



**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

**Nombre:** ..... **NIF:**.....

**Apellidos:**.....

**Dirección:** .....

**Localidad:**.....

**Provincia:**..... **C.P:**.....

**Teléfono:**..... **Teléfono Móvil:** .....

**Correo electrónico:**.....

**Profesión:** .....

**Centro de trabajo:** .....

**Puesto:**.....

**Dirección del centro:** .....

**Localidad:**.....

**Provincia:**..... **C.P:**.....

**Teléfono de contacto:**.....

**Desea inscribirse como socio de número en la Asociación Madrileña de Enfermería Preventiva, comprometiéndose al pago de las cuotas.**

Cuenta en Banco Popular:

- Titular: **Asociación Madrileña de Enfermería Preventiva**
- NIF: **G85002350**
- N° cuenta corriente: **0075 0293 15 0600585600**

Ingreso de 30 € en concepto de: "**Inscripción y cuota anual**" (Deberá aportar justificante de ingreso).

En Madrid, a ..... de ..... de 20 .....

Firma: