



Boletín de Inscripción a la Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria (AMPap)

Imprimir, rellenar con letra clara o de imprenta y enviar por correo o fax a:
AMPap. C/ Infanta Mercedes, 92, bajo posterior. 28020. Madrid.
Fax: 91 571 69 13

Apellidos

Nombre

Dirección

Población

Código Postal Provincia

Teléfono E-mail

Centro de trabajo Centro de Salud

Área Sanitaria Teléfono

Población

Código Postal Provincia

Otros datos

Año de licenciatura Año de finalización de la especialidad

Situación Laboral: Fijo Laboral Interino Otros

Datos de Domiciliación Bancaria. Cuota 2009: 30 €

Sr. Director: sírvase de tomar nota de atender hasta nuevo aviso, con cargo a mi cuenta, los recibos que a mi nombre le sean presentados para su cobro por la AMPap.

Entidad	Oficina	DC	Nº de cuenta
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Domicilio

Titular de la cuenta

Firmado:

En Madrid a de de 200...