



## 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...