



Boletín de solicitud de afiliación
Sociedad Española de Residentes de Psiquiatría

Rellenar y enviar por correo electrónico a serp@serpsiquiatria.org

1er apellido: _____

2do apellido: _____

Nombre: _____ DNI/NIE: _____

Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

CP: _____ Localidad y provincia: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Centro de trabajo: _____

Dirección: _____

CP: _____ Localidad y provincia: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Año de formación en el programa MIR: _____

Colegiado en: _____ No. Col: _____

Número IBAN de Cuenta Corriente: _____

Quiero afiliarme a (marcar todas las que apliquen)

Sociedad Española de Residentes de Psiquiatría

Sociedad Española de Psiquiatría

Sociedad Española de Psiquiatría Biológica

La cuota de 15€ incluye la afiliación a todas las sociedades que se seleccionen.