



**Boletín de solicitud de afiliación**  
**Sociedad Española de Residentes de Psiquiatría**

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 y Salud Mental

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