



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 (SERP)

Sociedad Española de Residentes de Psiquiatría
(SERP) y Sociedad Española de Psiquiatría y Salud
Mental (SEPSM)

* Aceptar la doble afiliación de SERP + SEPSM conlleva una tasa de afiliación de 25 euros anuales, que serán abonados desde la cuenta especificada en este formulario.