SEPYPNA
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE
Miembro de la International Association Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions de la European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector y de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (F.E.A.P.)

Secretaria
c/ Monte Esquinza, 24 2ºdrcha
28010 Madrid
Telf. /Fax 91 319 24 61
www.sepypna.com
sepypna@sepypna.com

BOLETIN DE INSCRIPCION A LA SOCIEDAD

D / Dña ……,

licenciado en ……., especialista en……...,

con domicilio en calle / plaza……,nº……..,

ciudad …….., provincia …….., C.P……,

Teléfono ……./ …… E-mail ……..,

Adjunta Currículo vitae y documentos acreditativos para solicitar su ingreso, en calidad de (*) ……., en la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE, para lo cual es propuesto por los miembros:

D. …… Firma

D. ……..Firma

(*) Ordinario, Asociado

En ……a ……de …… de 201…

Orden bancaria

Muy señores míos:
Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar de mi cuenta corriente /Libreta de ahorros el importe de la suscripción anual a la **SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE.**

Entidad ……. Agencia nº…… calle……..

Ciudad…….. C.P……

TITULAR DE LA CUENTA:
D./ Dña. ……..

Firma

Según lo dispuesto en la Ley 15/1999, de Protección de datos, los datos solicitados formarán parte de un fichero de clientes debidamente inscritos en la Agencia de Protección de Datos y propiedad de la Empresa **SEPYPNA** con CIF **G-78528288** con domicilio en **Monte Esquinza 24, 2º dcha, 28010 Madrid.** Recabar estos datos tiene por objeto **GESTIÓN DE SOCIOS** y no serán cedidos a terceros bajo ningún concepto sin su expresa autorización. Usted tiene derecho a recibir respuesta de cualquier pregunta, consulta o aclaración que le surja derivada de este cuestionario. Igualmente tiene derecho al acceso, rectificación, cancelación, de sus datos mediante escritos a la dirección antes indicada o por correo electrónico a **sepypna@sepypna.com**