



Sociedad Española
de Psiquiatría Legal

Domicilio Social:
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
Departamento de Psiquiatría
Y Psicología Médica
Tel.: 91 394 14 97 – Fax: 91 394 15 06
Pabellón 3 – Planta 4ª
Ciudad Universitaria
28040 MADRID

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Nombre y apellidos:

Titulación:

Institución en la que ejerce:

Domicilio personal:

Localidad: Provincia:

Teléfono: C.P.:

Desea ser admitido como socio numerario o asociado **(1)** de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA LEGAL, siendo presentado por los socios:

Dr/a: Firma:

y Dr/a: Firma:

comprometiéndose, al recibir la aceptación como socio, a ingresar las cuotas anuales o domiciliar su pago y cumplir los demás mandatos de los estatutos de la SEPL, para lo cual rellena la ficha personal adjunta.

En a de de

Firmado:

(1) Por exigencia estatutaria los socios numerarios deberán estar en posesión del título de especialista en Psiquiatría (o en tramites para obtenerlo), mientras que para ser miembro asociado debe poseerse cualquier titulación universitaria que permita un ejercicio profesional relacionado con la Psiquiatría Legal. Estas titulaciones deben acreditarse mediante fotocopias de los títulos que deben constar en el expediente personal de socio.



Sociedad Española
de Psiquiatría Legal

Domicilio Social:
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
Departamento de Psiquiatría
Y Psicología Médica
Tel.: 91 394 14 97 – Fax: 91 394 15 06
Pabellón 3 – Planta 4ª
Ciudad Universitaria
28040 MADRID

SECRETARÍA
FICHA PERSONAL DE SOCIO

Socio N°

Fecha de ingreso o solicitud

Nombre y apellidos

Profesión y grado académico

Especialidad

Centro de trabajo

Domicilio habitual

Calle o plaza

Población

Provincia D.P.

Teléfono de contacto

Centro de trabajo: N° Horas

Domicilio: N° Horas

Domiciliación bancaria de cuotas

DNI y NIF del socio:



Sociedad Española
de Psiquiatría Legal

Domicilio Social:
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
Departamento de Psiquiatría
Y Psicología Médica
Tel.: 91 394 14 97 – Fax: 91 394 15 06
Pabellón 3 – Planta 4ª
Ciudad Universitaria
28040 MADRID

Titular de la cuenta

Nombre de la entidad, banca o caja

Denominación y/o número de la sucursal

Domicilio de la sucursal

Calle

Población

C.P.

Código de la cuenta cliente (CCC):

Entidad

Oficina

D.C.

Nº de Cuenta

, a de de 20...



Sociedad Española
de Psiquiatría Legal

Domicilio Social:
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
Departamento de Psiquiatría
Y Psicología Médica
Tel.: 91 394 14 97 – Fax: 91 394 15 06
Pabellón 3 – Planta 4ª
Ciudad Universitaria
28040 MADRID

Sr./Sra. Director/a:

Le ruego que, a partir del / / , acepte contra mi cuenta referenciada los recibos que curse a mi nombre la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA LEGAL.

Banco/Caja Suc./Agencia nº

C/Pza , nº D.P.:

Población Provincia

Código cuenta cliente (CCC):

Entidad	Oficina	D.C.	Nº de Cuenta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Firma:

Fdo: D/Dª
