

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL A.M.R.P.**

C/ General Martínez Campos, 36 bajo. 28010 Madrid

APELLIDOS:.....

NOMBRE:.....

CON TÍTULO DE:.....

QUE DESEMPEÑA LA FUNCIÓN DE:.....

EN (lugar de trabajo).....

CON DOMICILIO PARTICULAR EN:.....

POBLACIÓN:.....CÓDIGO POSTAL:.....

PROVINCIA:.....TELÉFONO:.....

E-MAIL:.....

D.N.I.:.....

SOLICITA

Su ingreso en la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial abonando en la siguiente cuenta de la A.M.R.P. Caja Madrid, C/ Doctor Esquerdo, 55 de Madrid: 2038/1163/16/6000315069 la cantidad de SEIS EUROS (6 €) como cuota de inscripción. Adjuntando la fotocopia del ingreso a esta solicitud de inscripción.

En..... a ..... de ..... de .....

Firmado: