

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD MENTAL PERINATAL (MARES)
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

NOMBRE-----

APELLIDOS-----

NIF-----

IBAN: -----

Autorizo a cargar, al número de cuenta indicado, los recibos pertenecientes a la cuota anual de inscripción presentados por la Sociedad Española de Salud Mental Perinatal (MARES)

FECHA Y FIRMA

LUGAR:-----

FECHA:----- FIRMA: