



QUIPÚ, Instituto de Formación en Psicoterapia Psicoanalítica y Salud Mental

SOLICITUD DE ADMISIÓN

Apellidos y nombre:	
Dirección postal completa:	
Número del D.N.I.	
Titulación/es:	
Años de práctica y experiencia profesional en Salud Mental:	
Domicilio profesional completo:	
Teléfono profesional:	
Fax:	
E-mail y página Web:	
Miembros que le presentan:	
Banco en el que domicilia su cuota (Nombre, Agencia, Dirección)	
Dígitos completos de la cuenta de cargo	

Solicito ser admitido en la Asociación QUIPÚ, INSTITUTO DE FORMACIÓN EN PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA Y SALUD MENTAL, en la categoría de Miembro

Candidato	<input type="checkbox"/>	Asociado	<input type="checkbox"/>	Titular	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	----------------	--------------------------

Deseo Inscribirme en el Servicio Pichón Rivière –SPR-	Si	No
---	----	----

Para lo que adjunto, si procede, la siguiente documentación:

Fichas curriculares (si/no)	
Fotocopia del DNI (si/no)	
Copia compulsada de la Titulación Universitaria (si/no)	
Declaración o constancia sobre psicoterapia personal	
Informes de los supervisores	

Lo que en prueba de conformidad firmo en Madrid, a _____

Fdo. _____

Príncipe de Vergara, 35 bajo derecha 28001-MADRID (ESPAÑA)

Teléfonos (+34) 915776039/40/41 FAX 915779734