



Sociedad Española  
de Psiquiatría Legal

Domicilio Social:  
Calle de San Bernardo 13, 3º Dcha.  
28015 MADRID

---

### SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Nombre y apellidos:

Titulación:

Institución en la que ejerce:

Domicilio personal:

Localidad:  Provincia:

Teléfono:  C.P.:

Correo electrónico:

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 trámites para obtenerlo). Para ser miembro Asociado deberá estar en posesión del título español de Doctor, Master, Licenciado o Graduado en Medicina y Cirugía u otra titulación equivalente de grado superior universitario relacionada con la salud mental o el área socio-jurídica y cultivar o ejercer actividades afines por su naturaleza a la Psiquiatría Legal. Las titulaciones se acreditarán mediante fotocopias de los títulos que constarán en el expediente personal de socio.
-



Sociedad Española  
de Psiquiatría Legal

Domicilio Social:  
Calle de San Bernardo 13, 3º Dcha.  
28015 MADRID

---

## SECRETARÍA

### FICHA PERSONAL DE SOCIO

Socio  Nº

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: Nº Teléfono  Horas

Domicilio: Nº Teléfono  Horas

Domiciliación bancaria de cuotas

DNI y NIF del socio:

---



Sociedad Española  
de Psiquiatría Legal

Domicilio Social:  
Calle de San Bernardo 13, 3º Dcha.  
28015 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):

IBAN

Entidad

Oficina

D.C.

Nº de Cuenta

, a

de

de 20...

Firma:

Fdo: D/Dª \_\_\_\_\_

---



Sociedad Española  
de Psiquiatría Legal

Domicilio Social:  
Calle de San Bernardo 13, 3º Dcha.  
28015 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

1.- BIC de su banco o caja:

(Consta de 8 caracteres alfanuméricos: pregunte en su entidad)

2.- Identificación de su cuenta cliente (CCC):

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

(Debe rellenar 22 dígitos, distribuidos así en cada casilla: ES 2 – 4 – 4 – 2 – 10)

Firma:

Fdo: D/Dª \_\_\_\_\_