

## INSCRIPCIÓN/RENOVACIÓN DE MEMBRESIA Asociación Iberoamericana de PsicoTrauma (AIBAPT)

### Hoja de Inscripción

Nombre Completo:	
Número de Identidad:	
Dirección Comercial:	
Barrio:	Ciudad:
Estado:	Código postal:
☎ Comercial:	☎ Celular/ WhatsApp (con código internacional): +
Nº do Registro Profesional:	País:
Formación: EMDR ( ) Brainspotting ( ) Otras _____	
✉ E-mail: (¡¡ILEGÍBLE !!)	
<b>Estoy de acuerdo con el Código de Ética de mi profesión.</b>	
Firma: _____ Fecha: _____	

**Después de rellenar, por favor, envíe esta Hoja de Inscripción con la Solicitud para ser Miembro y la Carta de Recomendación para**

[secretaria@aibapt.org](mailto:secretaria@aibapt.org)

Autorizo el envío de informaciones relacionadas a AIBAPT y sus actividades .

Marcar su opción: Si

No