

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

Nombre de Asociación/ Organización/Instituto:	
Número de Registro en el país:	
Dirección:	
Distrito:	Ciudad:
Estado/País:	Código postal:
☎ Trabajo:	☎ Celular/ WhatsApp (con código internacional)
Finalidad principal de la Asociación/Organización/Instituto:	
✉E-mail: (¡¡LEGÍBLE !!)	

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

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

Marcar su opción: Si

No