**FULL DE SOL·LICITUD DE SOCI 2015**

**Dades Personals**

Nom:

DI (nº document identitat)  Data de naixement: (dd-mm-aaaa)

Adreça: CP:

Població:

Cognoms:

Província:

Telèfons: - Fax:

e-mail: @

Titulacions acadèmiques:

Professió habitual:

**Treballes com a Musicoterapeuta? (si/no)**:

Llocs de treball:

Temps treballant:

Adreça principal:       CP:

Població:       Província:

Tel:       Fax:       e-mail: @

Estudis de Musicoteràpia realitzats o en curs: Universitat o Institució Acadèmica on s’ha cursat:

Estudis de MT en curs (marca el que correspon): matrícula de 1er: [ ]  matrícula de 2on: [ ]

**Quota anual inscripció** (marca la que correspon)

Soci/a ACMT quota anual 40€: [ ]

Soci/a ACMT Estudiant de MT quota anual 20€: [ ]

(Els estudiants de 1er gaudiran de la quota de 20€ l’any en curs i el següent. Els de 2on només l’any en curs. Passats aquests períodes la quota es regularitzarà a la quota de soci de 40€).

Se’ls prega que presentin el cobrament a càrrec del seu C/C, fins a nou avís, els rebuts de la quota anual de soci/a de l’**Associació Catalana de Musicoteràpia**.

Titular del compte:

Nom Banc/Caixa:

**NÚM. DE COMPTE CORRENT (IBAN):**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Per l’import de 40 € (o 20€) corresponent a l’any en curs o ingressar l’import al Núm. de compte del Banc de Sabadell: **ES55 0081 0397 3500 0124 0234**,posant com a concepte: Soci ACMT o Soci Estudiant ACMT. No oblidar posar el nom.

*Enviar el full d’inscripció a l’email de l’ACMT:* *acatmtp@gmail.com*

 Localitat, dia, mes, any Firma del/ de la sol·licitant :

     ,    de/d’       de