

## BOLETIN DE ASOCIACIÓN

# atemp

Asociación Atención Temprana

### Asociación de Atención Temprana de la Región de Murcia

Remitir a:

Secretaría de la Asociación de Atención Temprana  
Grupo de Investigación en Atención Temprana. Facultad de Psicología  
Campus de Espinardo.30100- Murcia. Tel.:618009977. e-mail: atemp@um.es

Apellidos y Nombre: \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

Dirección de postal particular (calle, número, población y código postal):  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Titulación Académica \_\_\_\_\_

Puesto de Trabajo \_\_\_\_\_

Dirección postal de trabajo (calle, número, población y código postal):  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Cuota nacional: 24€/.</li><li>• Forma de pago nacional:<br/>Domiciliación bancaria,<br/>remitiendo modelo adjunto</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Cuota extranjero: 48€/ año</li><li>• Forma de pago extranjero: Orden<br/>de transferencia a Atemp 2043<br/>0100 13090 0519487</li></ul> |
|---|---|

Nº cuenta (20 dígitos): \_\_\_\_\_

Banco/Caja de Ahorros \_\_\_\_\_

Calle y nº \_\_\_\_\_

Población y código postal \_\_\_\_\_

Firma y fecha:

### **DOMICILIACIÓN: AUTORIZACIÓN DE PAGO**

(A maquina o con letra clara)

Apellidos y Nombre \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ruego acepten con cargo a mi cuenta (anotar código entidad, código oficina, código control y nº de cuenta. 20 dígitos) : \_\_\_\_\_

Los recibos que presenten al cobro la Asociación de Atención Temprana de la Región de Murcia, en concepto de pago de cuota de asociado, en tanto no reciban órdenes en contrario por mi parte.

Banco/ Caja de Ahorros \_\_\_\_\_

Calle y nº \_\_\_\_\_

Población y código postal \_\_\_\_\_

Fecha y firma: