

Nome _____	Cognome _____
Luogo e data di nascita _____	
Titolo di studio _____	
Professione _____	
E-mail _____	Tel _____
Residente a _____	

Chiede di rinnovare la propria iscrizione/iscriversi per l'anno 2014 in qualità di:

SOCIO PSICOTERAPEUTA (QUOTA ANNUALE €20,00)

Iscrizione all'Albo _____ n° _____ con abilitazione all'esercizio della psicoterapia.

SOCIO ORDINARIO (QUOTA ANNUALE €10,00)

Laurea in _____ presso _____

Iscrizione all'albo _____

STUDENTE (QUOTA ANNUALE €5,00)

Presso la Facoltà di _____ dell'Ateneo di _____

oppure

Specializzando In _____ presso _____

Dichiara di aver effettuato il pagamento della quota di iscrizione per l'anno 2014 tramite bonifico bancario

in data ____/____/____ presso:

Istituto bancario: Monte dei Paschi di Siena

Intestato a: Aippc - via Camillo Cavour 64 Firenze

IBAN IT39P0103002870000000358746