



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PRECOLEGIADOS

Apellidos: Nombre:

Domicilio: Código postal:

Población: Provincia:

DNI/NIE: Fecha Nacimiento: Teléfono:

E-Mail:

Nº de Precolegiado: _____

DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR

DOCUMENTOS APORTADOS		VISADO COLEGIAL
		ADMINISTRACIÓN
● Copia del resguardo de matrícula de 3º / 4º Curso.		Firma:
● Fotocopia del D.N.I. o N.I.E. y Pasaporte para extranjeros		JUNTA DE GOBIERNO
● Una fotografía tamaño carnet (papel o jpg).		
● Copia del comprobante de ingreso de la cuota precolegial Banco de Sabadell: ES60 0081 1188 5800 0108 4716 Titular: Colegio Profesional Fisioterapeutas de la Región de Murcia		

IMPORTE DE LA CUOTA

CUOTA DE PRECOLEGIADO: 30 Euros por curso académico.