**Asociación Argentina de Musicoterapia**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Fundada el 2 de junio de 1966*

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

Buenos Aires, ………….. de 2025

Sres. Miembros de la Comisión Directiva:

 Por la presente dejo constancia de mi decisión de ser miembro de la Asociación Argentina de Musicoterapia. A tal efecto adjunto mis datos personales.

Apellido y nombre/s:

Tipo y Nº de Documento:

Dirección:

Localidad/ Provincia:

Código postal:

Teléfono:

Celular:

E-mail:

Consignar sólo si es profesional:

Título:

Universidad: Año:

Otros títulos:

Área de trabajo:

Consignar sólo si es estudiante:

Universidad:

Saludo a Uds. muy cordialmente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Para completar por Tesorería)

Valor abonado: $

Nº de recibo: