



**FULL D' INSCRIPCIÓ DE L'ASSOCIACIÓ  
PROFESSIONAL D'INFERMERIA API SANT PAU**

**NOM I COGNOMS:**

**ADREÇA PARTICULAR:**

**POBLACIÓ:**

**DISTRICTE POSTAL:**

**TELEFON PRIVAT:**

**MÒBIL:**

**CORREU ELECTRÒNIC:**

**LLOC TREBALL:**

**TELEFON FEINA:**

**ANTIGUITAT:**

**TEMPS EXPERIENCIA :**

**TORN:**

**QUOTA SEMESTRAL:**

**EUROS (JUNY- DESEMBRE)**

.....  
**AUTORITZACIÓ DE COBRAMENT PER NÓMINA**

**En Na: .....**

Com a Associada/at a l' API autoritzo se'm descompti per nomina (juny i desembre de cada any) la quota corresponent a L'API.

**Nº ASSOCIAT**

**DATA I SIGNATURA**

**NIF**