



# SALA DE ARMAS CARRANZA

## Formulario de inscripción a curso de iniciación

Nombre \_\_\_\_\_

Apellidos \_\_\_\_\_

Sexo V M

Dirección \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_

C. Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Móvil \_\_\_\_\_

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

Inscripción al curso de iniciación de \_\_\_\_\_ durante el mes  
de \_\_\_\_\_



## Recibo de abono

He recibido de D. \_\_\_\_\_ la cantidad de

\_\_\_\_\_ en concepto de pago del curso de iniciación de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ en el mes de \_\_\_\_\_

En Madrid a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_