



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__