



Asociación de Enfermería Oncológica y Hematológica de Puerto Rico, Inc.

"Haciendo la diferencia a través de la Educación, Prevención, Investigación y Servicio"

BOLETA DE MATRICULA CONVENCION 2026

() Socio

() No socio

Nombre: _____ Número de socio: _____

Dirección: _____

Teléfonos: Residencia _____ Trabajo: _____

Fax: _____ Email: _____

Asistiré a las siguientes actividades:

Actividad social sábado () SI () NO

"Cocktail" () SI () NO

Un acompañante al cocktail () SI () NO

Favor cumplimentar en letra de molde legible o computadora.

No escribir en la parte inferior

USO OFICIAL

Fecha recibido: _____ Número de cheque o giro: _____ Efectivo: _____

Desglose de pago: Matrícula: _____

Educación continua: _____

Acompañante adicional: _____

TOTAL RECIBIDO: _____

Recibo No. : _____

Tesorera

NOTA: Si cancela su participación antes del 16 de octubre de 2026, se le devolverá el 20% de la matrícula. Luego de esta fecha no se devolverá dinero.

PMB #403 PO BOX 70344 San Juan, PR 00936-8344 / Cel. 787-664-0505

Email: convencion@aeohpri.org