

ASOCIACION DE ENFERMERIA ONCOLOGICA Y HEMATOLOGICA DE PUERTO RICO, INC.



SOLICITUD

Nuevo Ingreso Renovación Membresía Fecha: ____ / ____ 20____
(mm / dd)

NOMBRE: _____ NUM. SOCIO: _____
(Nombre - Apellido paterno-Apellido materno)

DIRECCION POSTAL: _____
(Calle, Núm. Urb.)

(Pueblo) (Zip Code)

TELEFONO:
RESIDENCIAL: (____) _____ TRABAJO: (____) _____
CELULAR: (____) _____ OTRO: (____) _____

E MAIL: _____

LUGAR DE TRABAJO: _____
AREA DE TRABAJO: _____

DIRECCION: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____
(mm dd)

CERTIFICACIÓN EN ONCOLOGIA: SI NO
(Otorgado por la JEEPR)

PROFESION: RN ____ ADN ____ LPN ____ Otro: _____

PAGO

CERTIFICADO: \$ 30.00 NO CERTIFICADO: \$ 40.00
CANTIDAD PAGADA: _____

CHEQUE () GIRO () EFECTIVO ()
NUMERO CHEQUE / GIRO: _____

RECIBO ENTREGADO: SI () NO () NUMERO RECIBO: _____

Recargo, de \$5.00 luego del 31 de Enero

FIRMA SOCIO(A)

FIRMA TESORERA(O)

NOTA: NO HAY REEMBOLSO DE PAGO DE MEMBRESIA

PMB # 403 PO BOX 70344 San Juan, P. R. 00936-8344