

ASOCIACION DE ENFERMERIA ONCOLOGICA Y HEMATOLOGIA 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

PROFESION: RN ____ ADN ____ LPN ____ Otro: _____

PAGO

CERTIFICAD@: \$ 20.00 NO CERTIFICAD@: \$ 30.00

CANTIDAD PAGADA: _____

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

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

FIRMA SOCIO(A)

FIRMA TESORERA(O)

NOTA: NO HAY REEMBOLSO DE PAGO DE MEMBRESIA

Cargo de \$5.00 de recargo, luego del 31 de Enero
PMB # 403 PO BOX 70344 San Juan, P. R. 00936-8344