

**Formulario de Membresía
1 de enero al 31 de diciembre
Asociación Puertorriqueña de Medicina Física y Rehabilitación**

Nombre

Dirección postal

Nombre y dirección oficina

Especialización

Área de enfoque

Teléfono oficina

Celular

Licencia médica

Correo electrónico:

Costo de la cuota anual: \$200.00

Costo membresía residente: \$75.00

Donativo Apoya a un Residente (sugerido): \$50.00 \$75:00 \$100.00 Otro \$_____

Total a pagar: _____

Métodos de pago:

PayPal: Enviar el pago a la cuenta asociacionfisiatras@gmail.com junto al formulario de renovación de membresía e indicar que es para el pago de su cuota

Cheque a nombre *Asoc. Puertorriqueña de Medicina Física y Rehabilitación* y enviar la solicitud junto al pago a:
Asociación Puertorriqueña de Medicina Física y Rehabilitación
267 calle Sierra Morena, PMB 580, San Juan PR, 00926

Para información adicional: asociacionfisiatras@gmail.com • asocfisiatraspr@serrayserra.com