

Organización Puertorriqueña de Patología del Habla-Lenguaje y Audiología



SOLICITUD DE INGRESO SOCIO PROFESIONAL

Nombre: _____

Dirección postal: _____

Teléfonos Personales: _____

Email: _____

- SOCIO ACTIVO:** Debe tener licencia profesional vigente en Puerto Rico
Cuota de ingreso: \$20.00 Cuota anual: \$60.00

Especialidad : _____ Licencia profesional núm. _____

Lugar de trabajo: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Acompañe la solicitud con lo siguiente:

- Copia de la licencia profesional de Puerto Rico en cada especialidad.
- Copia de certificación de vigencia de la licencia en cada área de especialidad.
- Copia de diploma de bachillerato, maestría y/o doctorado en las áreas de especialidad
- Cuota de ingreso : \$20.00.(nuevo o haber estado inactivo por un año o más)
- Cuota anual: \$60.00 (vigente por el año calendario que cursa).

Firma del Candidato

Firma del socio que endosa la solicitud

Fecha

Fecha

USO OFICIAL:

Fecha recibido: _____ cantidad \$ _____

Método de pago: () efectivo () giro # _____

() cheque # _____ Banco _____