



ORGANIZACION PUERTORRIQUEÑA DE PATOLOGIA DEL HABLA, LENGUAJE Y AUDIOLOGIA

SOLICITUD DE RENOVACION DE MATRICULA

Nombre : _____

Dirección Residencial: _____

Dirección Postal: _____

Teléfonos Personales: _____

Email: _____

SOCIO ACTIVO : Debe tener licencia profesional vigente en Puerto Rico.

Especialidad: _____ Licencia Profesional Núm. _____ Fecha expiración: _____
_____ Licencia Profesional Núm. _____ Fecha expiración: _____

Oficina Privada:	Dirección	Teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Lugar de trabajo:	Dirección	Teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Acompañe la solicitud con lo siguiente:

- Cuota anual: \$60.00 (vigente de enero a diciembre). Añada \$20.00 de recargo si envía luego de febrero 28.**
- Copia de Tarjeta de Registro**

Firma del candidato

Fecha

/ibms rev. septiembre 2009
Dirección física: Ave Laurel z-27 Lomas Verdes Bayamón
(Altos de la Librería Regional)
Postal: P.O. Box 360366 San Juan, Puerto Rico 00936-0366
Email: oppkla@gmail.com Teléfono (787)268-0273 Fax (787)268-0273

USO OFICIAL:	
Fecha recibido: _____	cantidad \$ _____
Método de pago: () efectivo () giro # _____	
() cheque # _____ Banco _____	