



Registro de Membresía

HOJA INFORMATIVA

Nombre:
Categoría de Membresía: <input type="checkbox"/> Activo (\$140) <input type="checkbox"/> Asociado (\$70) <input type="checkbox"/> Correspondiente (\$56) <input type="checkbox"/> Afiliado (\$35) <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Jubilado o "Senior"
Afiliación/Institución:
Dirección:
Correo Electrónico:
Teléfono:
Licencia Médica:
Área de Especialidad:
Número de Cheque:
Para pagar se puede enviar cheque a nombre de: <i>The Puerto Rican Academy of Neurology Inc.</i> Dirección: The Puerto Rican Academy of Neurology Inc. PO BOX 70344 CMMS 501 San Juan PR 00936-8344