****

**Asociación de Exfuncionarios de OPS/OMS (AFSM)**

**Formulario para Cambio de Dirección**

|  |
| --- |
| Apellido: Haga clic para entrar el texto |
| Nombre: Haga clic para entrar el texto |

**Dirección Previa**

|  |
| --- |
| Dirección: Haga clic para entrar el texto |
| Ciudad: Haga clic para entrar el texto |
| Estado: Haga clic para entrar el texto |
| Código Postal: Haga clic para entrar el texto |
| País: Haga clic para entrar el texto |
| Teléfono Fijo: Haga clic para entrar el texto |
| Teléfono Celular: Haga clic para entrar el texto |
| Fax: Haga clic para entrar el texto |
| Correo Electrónico: Haga clic para entrar el texto  |

**Nueva Dirección**

|  |
| --- |
| Dirección: Haga clic para entrar el texto |
| Ciudad: Haga clic para entrar el texto  |
| Estado: Haga clic para entrar el texto |
| Código Postal: Haga clic para entrar el texto |
| País: Haga clic para entrar el texto |
| Teléfono Fijo: Haga clic para entrar el texto |
| Teléfono Celular: Haga clic para entrar el texto |
| Fax: Haga clic para entrar el texto |
| Correo Electrónico: Haga clic para entrar el texto  |

Enviar por CORREO a:

AFSM / Ms. Hortensia Saginor

c/o Pan American Health Organization

525 23rd Street,

Washington, D. C. 20037, USA

Enviar por CORREO ELECTRONICO a:

AFSM / Ms. Hortensia Saginor

afsmpaho@gmail.com