****

**Asociación de Ex Funcionarios de la OPS/OMS (AFSM)**

**Formulario para Inscripción**

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

Quiere que su información se publique en el Directorio de la AFSM?

Si [ ]  No [ ]

Por favor NO incluya la siguiente información en el Directorio: Haga clic para entrar el texto

Haga clic para entrar el texto

COSTO:

Membresía vitalicia US $150.00

Incluyo el cheque # Haga clic para entrar el texto

Pagadero a AFSM en la cantidad de US$ Haga clic para entrar el texto

Firma/ Nombre: Haga clic para entrar el texto Fecha: Haga clic para entrar el texto

Si tiene cuenta en el Credit Union puede solicitar una transferencia de su cuenta a la cuenta de la AFSM. Envíe el formulario a Ms. Hortensia Saginor por correo electrónico a afsmpaho@gmail.com con la información de la cantidad depositada y la fecha.

O por correo a:

AFSM / Ms. Hortensia Saginor

c/o Pan American Health Organization

525 23rd Street,

Washington, D. C. 20037, USA