



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

Formulario para Inscripción

Apellido:
Nombre:
Dirección:
Ciudad:
Estado:
Código Postal:
País:
Teléfono Fijo:
Teléfono Celular:
Fax:
Correo Electrónico:

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

Si No

Por favor NO incluya la siguiente información en el Directorio:

COSTO:

Membresía vitalicia US \$150.00

Incluyo el cheque #

Pagadero a AFSM en la cantidad de US\$

Firma/ Nombre:

Fecha:

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 afsmpanho@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

NOTA: 1. Salve el formulario en su computador

2. Llene la información y salve el documento

3. Envíe el documento a AFSM por correo electrónico