



ASOCIACION DE HOSPITALES DE PUERTO RICO  
OFICINA 101-VILLA NEVÁREZ PROFESIONAL CENTER SAN JUAN PR 00927  
TELS. 764-0290/0987 FAX 787-753-9748  
E-MAIL: [INFO@HOSPITALESPR.ORG](mailto:INFO@HOSPITALESPR.ORG)

## SOLICITUD DE INGRESO **MIEMBRO ASOCIADO, AFILIADO o AUSPICIADOR**

Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_

Dirección Física \_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_

Tel oficina \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ Tel. celular \_\_\_\_\_

Fecha de fundación: \_\_\_\_\_ Núm. licencia Departamento de Salud \_\_\_\_\_

Sociedad Individual \_\_\_\_\_ Corporación Sin Fines de Lucro \_\_\_\_\_ Corporación Con Fines de Lucro \_\_\_\_\_  
Institución de Gobierno \_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_

Director Ejecutivo o Administrador \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Presidente Junta de Directores \_\_\_\_\_ Volumen de negocio \_\_\_\_\_

Cantidad de empleados \_\_\_\_\_ Ingresos anuales \_\_\_\_\_ Gastos anuales \_\_\_\_\_

Descripción de Servicios y su relación con la industria de la salud: \_\_\_\_\_

- Serán considerado para admisión como Miembros Asociados otros proveedores de servicios de salud que, presten servicios de salud en forma ambulatoria, posean licencias requeridas por el Departamento de Salud y que, a juicio del Comité de Admisiones esté en condiciones de ofrecer a la comunidad puertorriqueña servicios de salud de calidad.
- Se consideran Miembros Afiliados otras entidades, Asociaciones de profesionales e instituciones relacionadas con la salud, siempre que las mismas estén establecidas en Puerto Rico, cumplan con los requisitos del ELA y, sus actividades sean afines con el preámbulo de nuestro reglamento.
- Se considerará como Miembro Auspiciador cualquier personal y entidad jurídica interesada en fomentar el desarrollo y mejoramiento de la salud y el bienestar del pueblo puertorriqueño a través de la organización y prestación de servicios de salud y que de acuerdo al reglamento cumpla con los objetivos de la Asociación.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma Autorizada

\_\_\_\_\_  
Titulo

Recomendado: **COMITE ADMISIONES**

\_\_\_\_\_  
Fecha

No recomendado por: \_\_\_\_\_