



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

SOLICITUD DE INGRESO **SOCIO INDIVIDUAL**

Nombre del Solicitante _____

Dirección Postal _____

Dirección Residencial _____

Tel oficina _____ cel. _____ e-mail _____

- Someter evidencia del grado obtenido en el campo de la salud
- Incluir Resumé con la siguiente información;
 - Colegio o Universidad, Grado Obtenido y Año
 - LICENCIAS PROFESIONALES (Incluya fotocopia)
 - Tipo de Licencia: Provisional Permanente
 - Número de Licencia _____
 - Número de Registro _____
 - Fecha de Expiración _____
- EXPERIENCIA DE TRABAJO(Institución, Puesto, Duración)
- ASOCIACIONES A QUE PERTENECEN (Profesionales, Culturales, Cívicas/Sociales-incluir Núm. Miembro)
- PUBLICACIONES PROFESIONALES
- REFERENCIAS PROFESIONALES Y PERSONALES (Nombre, Dirección y Teléfono)

Fecha

Firma

Recomendado: **COMITE ADMISIONES**

Fecha

No recomendado (razón): _____