



SOLICITUD DE AFILIACIÓN Y MEMBRESÍA

Nombre y Apellidos: _____

Dirección postal: _____

Municipio de Práctica: _____ Núm. de Licencia: _____ NPI: _____

E-mail: _____

Teléfono de Oficina: (_____) - _____ Teléfono Celular: (_____) - _____

Escuela de Medicina: _____

Año de Graduación: _____

Auto Débito:

Cuota: \$100.00 _____ **Todos los años, el día 1 de febrero** de manera **auto renovable**, hasta solicitado por el médico, vía carta o correo electrónico. Al acogerse a este método de pago, se le otorga al miembro un 15% de descuento en todas las actividades de educación continua y en los paquetes de estadía de la Academia. También se le brinda la oportunidad de reservar primero que los no miembros de la Academia de Medicina General, entre otros beneficios.

AUTORIZACIÓN PARA PROCESAR TARJETAS DE CRÉDITO (CREDIT CARD AUTHORIZATION)

Tipo de Tarjeta: ___ VISA ___ Master Card ___ Discovery

Número de Tarjeta: _____

Fecha de Expiración: _____

Firma

Fecha

By signing below, you authorize the Academia de Medicina General de Puerto Rico to charge your credit card on the date stipulated on the agreement for the amount indicated above up to the "Maximum Amount" indicated above. You further acknowledge that in order to cancel your membership automatic renewal, the Academia needs to receive a signed written request from the member.