



SOLICITUD MIEMBRO ACTIVO

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_

Cuidad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Cuidad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Deseo recibir mi correspondencia en la dirección:  Postal  Residencial

**Teléfonos**

Residencial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Oficina: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: Día / Mes / Año Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Estado Civil:**

Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a  Viudo/a Nombre del Esposo/: \_\_\_\_\_

**Escuela de Veterinaria**

Universidad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Título Obtenido: \_\_\_\_\_

Año de Graduación: \_\_\_\_\_

Estudios Post Graduados y/o otros estudios: \_\_\_\_\_

**Licencia(s) para ejercer la Medicina Veterinaria que posea**

País: \_\_\_\_\_ Fecha: Día / Mes / Año Número de Licencia: \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_ Fecha: Día / Mes / Año Número de Licencia: \_\_\_\_\_

Número de Registro del Departamento de Salud: \_\_\_\_\_

Es miembro activo del AVMA?  Sí  No

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: Día / Mes / Año

<b>USO OFICIAL</b>	Cuota Anual: 2017	Aprobado por:		
	Importe: \$ _____	1. _____	4. _____	7. _____
	Método de Pago: _____	2. _____	5. _____	8. _____
	Núm de Autorización: _____	3. _____	6. _____	9. _____