



SOLICITUD MIEMBRO VITALICIO

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

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ 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 Medicina Veterinaria**

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

Año de Graduación: \_\_\_\_\_

Practica la profesión desde: *Día* / *Mes* / *Año* hasta: *Día* / *Mes* / *Año*

**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: \_\_\_\_\_

Fecha Miembro de la AMVPR: *Día* / *Mes* / *Año* Fecha Miembro del CMVPR: *Día* / *Mes* / *Año*

Es miembro activo del AVMA?  Si  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. _____