



SOLICITUD MIEMBRO AFILIADO

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? Si No

Firma: _____ Fecha: *Día / Mes / Año* _____

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