



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*

USO OFICIAL	Cuota Anual: 20_____	Aprobado por:		
	Importe: \$ _____	1. _____	4. _____	7. _____
	Método de Pago: _____	2. _____	5. _____	8. _____
	Núm de Autorización: _____	3. _____	6. _____	9. _____