Colegio De Administradores De Servicios De Salud De Puerto Rico
Villa Nevárez Professional Center, Suite 106, San Juan, PR 00927

Tel. (787) 764-6744
Fax: (787) 756-8435

FORMULARIO DE ADMISIÓN

FOTO

☐ **MIEMBRO ACTIVO** ☐ **MIEMBRO TRANSITORIO** ☐ **MIEMBRO ESTUDIANTE**

NOMBRE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

DIRECCIÓN POSTAL	TELEFONO CELULAR

DIRECCIÓN RESIDENCIAL	TELÉFONO RESIDENCIAL

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	LUGAR DE TRABAJO Y TELÉFONO	E-MAIL

PREPARACIÓN ACADÉMICA

UNIVERSIDAD	DIRECCIÓN	FECHA DE ESTUDIO Desde	Hasta	GRADO ACADÉMICO
1.				
2.				
3.				
Otros (Especifique)				
1.				
2.				

REFERENCIAS Nombre de tres personas que tengan conocimientos de sus cualificaciones

NOMBRE	DIRECCIÓN Y TELÉFONO	OCUPACIÓN
1.		
2.		
3.		

¿En cuál de los siguientes comités le gustaría pertenecer una vez sea admitido al Colegio? (Opcional)

☐ ADMISIONES ☐ RELACIONES PÚBLICAS ☐ LEGISLACIÓN

☐ ÉTICA PROFESIONAL ☐ CONVENCIÓN ☐ FINANZAS

☐ PROGRAMA ☐ EDUCACIÓN CONTINUA ☐ OTROS_____

Declaro que la información por mí incluida en este formulario es correcta y que la misma ha sido ofrecida sin la intención de desvirtuar los hechos o de cometer fraude. A su vez me comprometo a cumplir a cabalidad y fielmente los deberes y responsabilidades que me correspondan según reza en el Reglamento del Colegio y en la Ley 2 de 23 de febrero de 1990.

_____ _____ _____

FECHA LIC FIRMA

ENDOSO DE LA SOLICITUD POR DOS COLEGIADOS ACTIVOS

NOMBRE	FIRMA	LICENCIA
1.		
2.		

REQUISITO DE ADMISIÓN

1. Fotografía (opcional) (2 X 2)

2. Cuota de Admisión: $250.00 (miembro activo)
3. $ 50.00 (miembro estudiante)

4. Evidencia de estudios realizados (copia diploma)

5. Copia licencia expedida por la Junta Examinadora de Administradores de Servicios de Salud.

6. Dos firmas de colegiados activos