

Hispanic Health Professionals Association of New York Inc.

Celebrating Our 30th Anniversary

Tax exempt 501[c]3

732-277-9640- e-fax 732-725-0868

WWW.AHPSI.ORG



Nuevo Miembro-New Membership & Annual Membership & Renewal

Nombre-Name : _____ Apellido-Last name _____

Dirección-Address: _____

Profesión-Profession _____ Email: _____

Universidad en la que se graduó & País _____

Año en que se graduó: _____ Especialidad : _____ Estudiante _____

Teléfono -Phone Number _____

Make check payable to : AHPSI, &

Send to PO.BOX 2364 Perth Amboy, New Jersey 08862

Por concepto de pago su membresía anual , **Hispanic Health Professional Association of New York, Incorporada, conforme a las leyes Federales de los Estados Unidos, Costo** de \$100 dólares anual ,no reembolsable. Anexo Copia Título, Foto Digital enviar a : info@ahpsi.org www.ahpsi.org

Firma : _____ *Signature- Firma Nuevo Miembro*

Firma del Directivo: _____

Fecha -Date: