



MÁS ALLÁ DE LA REFORMA:  
IMPACTO • SOLUCIONES • CAMBIOS

20 AL 23 DE OCTUBRE DE 2010  
SHERATON HOTEL AND CASINO CONVENTION CENTER

### HOJA DE MATRICULA

(Favor llenar en letra clara y legible)

Nombre \_\_\_\_\_

Institución \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfonos: Oficina \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Numero de Licencia \_\_\_\_\_

Nombre cónyuge y/o pareja \_\_\_\_\_

Si el cónyuge asiste a las sesiones educativas e interesa certificado deberá pagar \$50.00 adicionales

Número de niños entre 5 y 15 años (Actividad Familiar): \_\_\_\_\_

#### COSTO DE MATRICULA (Full Package):

\_\_\_\_ Socio AHPR, \_\_\_\_ PRHIMA, \_\_\_\_ AMPR Sólo.....\$ 350.00

\_\_\_\_ Socio AHPR, \_\_\_\_ PRHIMA, \_\_\_\_ AMPR y ccónyuge.....\$ 425.00

\_\_\_\_ No Socio Sólo..... \$ 500.00

\_\_\_\_ No Socio y cónyuge..... \$ 575.00

(INCLUYE: desayunos, "coffee breaks", almuerzos, actividades educativas, sociales y recreativas)

#### FORMA DE PAGO

Cantidad incluída \$ \_\_\_\_\_  Efectivo  Cheque # \_\_\_\_\_  Giro

(A nombre de ASOCIACION DE HOSPITALES DE PR)

Tarjetas  VISA  MASTERCARD  AMERICAN EXPRESS #Código \_\_\_\_\_

Dueño de la tarjeta \_\_\_\_\_

Número \_\_\_\_\_ Fecha de expiración \_\_\_\_\_

**FECHA LIMITE DE MATRICULA: 1 DE OCTUBRE DE 2010**

#### POLITICA DE CANCELACION Y PAGO:

- PARA GARANTIZAR LA MATRICULA DEBE INCLUIR EL PAGO CORRESPONDIENTE.
- PODRÁ CANCELAR SU PARTICIPACIÓN SIN PENALIDAD HASTA EL 6 DE OCTUBRE. SI CANCELA LUEGO DE ESTA FECHA SE LE COBRARÁ UN CARGO POR CANCELACIÓN DE 50%.
- CHEQUES A NOMBRE DE: ASOCIACION DE HOSPITALES DE PR

#### ASOCIACION DE HOSPITALES DE PUERTO RICO

Villa Nevárez Professional Center Ofic 101

Rio Piedras PR 00926

Tels: 787-764-0290/0987 Fax: 787-753-9748

Email : [eortiz@hospitalespr.org](mailto:eortiz@hospitalespr.org)