

# Hispanic Health Professionals Association of New York Inc.

Celebrating Our 33<sup>th</sup> Anniversary

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 \_\_\_\_\_

Pay by Zelle ,Paypal:[www.paypal.me/ahpsi](http://www.paypal.me/ahpsi), make check payable to : AHPSI,  
send to PO.BOX 2364 Perth Amboy, New Jersey 08862, phone 732-277-9640  
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](mailto:info@ahpsi.org) [www.ahpsi.org](http://www.ahpsi.org)

Firma : \_\_\_\_\_ *Signature- Firma Nuevo Miembro*

*Firma del Directivo:* \_\_\_\_\_

*Fecha – Date:*