



Fundación de Esclerosis Múltiple de Puerto Rico, Inc.  
P.O. Box 7246, San Juan, Puerto Rico 00916  
Tel.: 939-639-4645 E-Mail: [fempur@yahoo.com](mailto:fempur@yahoo.com)  
Visítanos en Facebook



*¡ABRAZANDO LA VIDA!*

Núm. de Socio: \_\_\_\_\_ SOLICITUD DE REGISTRO Y MEMBRESIA

**I. Tipo de Membresía - Paciente**

Nueva - Exenta de Pago Fecha de Registro \_\_\_\_\_  
 Renovación (al año de la fecha de registro) Nombre del Médico \_\_\_\_\_

**II. Datos Personales** Fecha de Nacimiento: Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Apellidos: Paterno \_\_\_\_\_ Materno \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Tiene usted algún familiar con Esclerosis Múltiple  No  Si Indique Cantidad  Parentesco: \_\_\_\_\_

**Dirección:**

Residencial: \_\_\_\_\_

Postal: \_\_\_\_\_

**Teléfonos:**

Res.: \_\_\_\_\_ Oficina: \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Cel.: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Persona de Contacto Autorizada por el Paciente:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfonos: Res. \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_

**III. Forma de Pago Renovación:** Cantidad Pagada \$ \_\_\_\_\_ Efectivo \_\_\_\_\_ No. de Recibo \_\_\_\_\_

Cheque # \_\_\_\_\_ Giro # \_\_\_\_\_ Banco \_\_\_\_\_

Autorizo que mis datos personales aquí indicados en el Encasillado II puedan ser utilizados por FEM para:

- \_\_\_\_\_ Ser contactado por los líderes de los Grupos de Apoyo de FEM.  
\_\_\_\_\_ Bajo anonimato, para uso exclusivo de datos demográficos, educativos o investigativos.  
\_\_\_\_\_ Ambos.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**IMPORTANTE:** Incluir 2 fotos 2 x 2, si usted ya posee su tarjeta de socio con retrato, al renovar su membresía no tiene que enviar sus fotos nuevamente. De no enviar sus fotos, se enviará la (s) tarjeta (s) sin fotos. Las tarjetas para Membresías familiares se harán a nombre del socio y se indicará que es familiar acompañante.

**Renovación:** Individual \$25.00 Familiar Sencilla \$45.00 (paciente y acompañante) Familiar \$60.00 (paciente y 2 o más miembros)

- Haga su pago a nombre de la **Fundación de Esclerosis Múltiple de PR, Inc.**
- Remita su pago a la siguiente dirección: P. O. Box 7246 San Juan, PR 00916
- Duplicados de tarjetas conllevará un cargo de \$2.00 por tarjeta.
- No se aceptan pagos en efectivo por correo.
- Todo cheque devuelto conllevará un cargo adicional de \$15.00.