



Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico

FORMULARIO DE MATRICULA PARA CURSO PROGRAMADOS EDUCACION CONTINUA

I. INFORMACION DEL SOLICITANTE:

NUM. LIC: _____

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____

E-MAIL: _____ TELEFONO: _____

II. INFORMACION DEL CURSO QUE DESEA TOMAR:

NOMBRE DEL CURSO: _____

FECHA DEL CURSO: _____

III. INFORMACION DE PAGO:

CANTIDAD:	METODO DE PAGO:	NUMERO:
\$ _____	<input type="checkbox"/> GIRO POSTAL	# _____
\$ _____	<input type="checkbox"/> CHEQUE CERTIFICADO	# _____

Todo pago debe ser a nombre de
Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico (CPTOPR)

Enviar a la dirección:
PO Box 361558 San Juan, PR 00936-1558