



Asoc. Cost. de Hemofilia

APDO 1089-1100

San José, Costa Rica

TelFax: (506) 2240 5498

Cel: (506) 8919 4953

E-Mail: contact@asohemo.com

Website: www.asohemo.com

Hoja de Afiliación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre

Fecha de Nacimiento	Día	Mes	Año	Cédula de Identidad

Si es persona con hemofilia marque con una (X):

Padre	Madre	Hermano (a)	Familiar	Otro

Si marco alguna de las opciones anteriores indique el nombre de la(s) persona(s) con hemofilia:

Teléfono Casa	Teléfono Celular	Teléfono Oficina	Correo Electrónico	Apartado postal

Dirección Exacta:

Si usted desea ser parte de la Asociación deberá pagar una cuota simbólica de ₡5,000 colones anuales, según acta #43 de la asamblea general ordinaria del 19 de octubre de 2014.

Usted pagara la cuota:	<input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual
Forma de Pago:	<input type="checkbox"/> Oficina de la Asociación
	<input type="checkbox"/> Deposito a la cuenta corriente # 100-01-000-191089-2 del Banco Nacional de Costa Rica a nombre de la Asociación Costarricense de Hemofilia.

Fecha de la Solicitud:

Firma del Solicitante:

Recibido Por:

Aceptado en Sesión N°

Día: _____ Mes: _____ Año _____

Firma del Secretario(a) de Junta Directiva:
