



Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico

FORMULARIO DE MATRÍCULA PARA CURSOS PROGRAMADOS EDUCACIÓN CONTINUA

I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:

NÚM. LIC: _____

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

E-MAIL: _____ TELÉFONO: _____

TO ATO Estudiante Miembro Estudiante No Miembro

II. INFORMACIÓN DEL CURSO QUE DESEA TOMAR:

NOMBRE DEL CURSO: _____

FECHA DEL CURSO: _____

III. INFORMACIÓN DE PAGO:

CANTIDAD:	MÉTODO DE PAGO:	NÚMERO:
\$ _____	<input type="checkbox"/> GIRO POSTAL	# _____
\$ _____	<input type="checkbox"/> CHEQUE CERTIFICADO	# _____
\$ _____	<input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito	# _____

(completar la Autorización a cargos de Tarjeta de Crédito)

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

Revisado por:
Mariangie Garay, Julio 2020

PO Box 361558 San Juan, PR 00936-1558
cptopr10@gmail.com
787-282-6966