



## VOLANTE DE REGISTRO

31 RA. CONVENCION ANUAL A.P.F.

NOMBRE \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

Zip Code \_\_\_\_\_

Categoría: [ ] TF [ ] ATF [ ] ESTUDIANTE [ ] EXHIBIDOR [ ] OTRO

Número de Licencia \_\_\_\_\_ Número de Registro \_\_\_\_\_ Tel. Res. \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo \_\_\_\_\_

Dirección Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ ENFORMA LEGIBLE, POR FAVOR.

**(ES LA UNICA MANERA EN QUE CONFIRMAREMOS, SU REGISTRO).**

Marque con una X: \_\_\_\_\_ Asociado A.P.F. \_\_\_\_\_ NO Asociado A.P.F.

**ACTIVIDADES:**

	<u>COSTOS</u>	<u>NO-ASOCIADOS</u>	<u>TOTAL</u>
	<u>ASOCIADOS</u>		
<b><u>Viernes, 5 de octubre de 2007:</u></b>			
_____ <u>Curso A</u> "LA INTELIGENCIA COMO HERRAMIENTA PARA FACILITAR EL PROCESO DE REHABILITACION DEL PACIENTE/CLIENTE"	\$ 90.00	\$ 180.00	_____
_____ <u>Curso B</u> "ANATOMIA ENERGETICA HUMANA: EL PODER ESTA EN TUS MANOS"	\$ 90.00	\$ 180.00	_____
_____ Almuerzo(s) acompañante(s)	\$ 50.00 c/u	\$ 50.00 c/u	_____
_____ Recepción Municipio Mayaguez (# de personas que asistiran)			_____
<b><u>Sábado, 6 de octubre de 2007:</u></b>			
_____ <u>Curso C</u> "SALUD DE LA MUJER: El Fisioterapeuta y el Asistente del Fisioterapeuta en la Promoción de la Salud y en la Prevención de la Osteoporosis"	\$ 90.00	\$ 180.00	_____
_____ <u>Curso D</u> "Técnicas de Tratamiento para Pacientes con Diagnóstico de CVA."	\$ 90.00	\$ 180.00	_____
_____ Almuerzo(s) acompañante(s)	\$50.00 c/u	\$ 50.00 cu	_____
_____ Noche Oriental Asociados	\$ 50.00 c/u		_____
_____ Noche Oriental Acompañantes de Asociados	\$ 50.00 c/u		_____
_____ Noche Oriental NO-Asociados		\$ 65.00 c/u	_____
_____ Noche Oriental - Acompañantes de NO-Asociados		\$65.00 c/u	_____
<b><u>Domingo, 7 de octubre de 2007:</u></b>			
_____ Desayuno Asociados	\$20.00c/u		_____
_____ Desayuno Acompañantes de Asociados	\$20.00c/u		_____
_____ Desayuno NO Asociados		\$30.00c/u	_____
_____ Desayuno Acompañantes de NO Asociados		\$30.00c/u	_____

**TOTAL**

===== \$ \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\* **SI, DESEO ME ENVIEN RECIBO** \*\*\*\*\*

Favor de enviar el Volante de Registro con pago correspondiente a:  
ASOCIACION PUERTORRIQUEÑA DE FISIOTERAPIA  
G.P.O. BOX 366272, SAN JUAN, PUERTO RICO. 00936-6272

\*\*\*Se aceptarán Volantes de Registro hasta el **21 DE SEPTIEMBRE DE 2007**

\*\*\*Costo de la actividad educativa incluye: Desayuno Continental, Almuerzo, Recesos, Certificado Educación Continua, Salón de Exhibidores.

\*\*\*Cierre de Registro de Participantes Matriculados será a las: 8:00 a.m. el viernes 5 y el sábado 6 de octubre de 2007

TELEFONO Y FAX A.P.F. (787) 754-8509 HORAS DE OFICINA: LUNES Y JUEVES DE 9:00 A.M. – 1:00 P.M.E MAIL: [apf@apfpr.org](mailto:apf@apfpr.org)

Uso Oficial: Recibo # \_\_\_\_\_ Cheque # \_\_\_\_\_ Recibido por \_\_\_\_\_ FECHA RECIBIDO \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Persona o Co. que gira el cheque Comentarios \_\_\_\_\_