



**Asociación Nacional de Profesionales en Enfermería
A.N.P.E**

Teléfono: 2280-9957 Fax: 2280-9831 Apdo.: 1177-1002
De Casa Italia, 200 metros al Este, Edificio Esquinero Azul.
San José, Costa Rica E-mail: anpecr@ice.co.cr

Boleta de Afiliación

Fecha de Afiliación: _____ Licencia: _____

Foto

Nombre: _____ Cedula: _____

Estado Civil: _____ Dirección exacta de domicilio: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Telef. Hab.: _____ Celular: _____

Lugar de Trabajo: _____

Servicio donde Labora: _____ Fecha de Ingreso a Laborar: _____

Apartado Postal: _____ Correo Electrónico: _____

Telef. Trabajo: _____ No. Ext: _____ No. Fax: _____

Se encuentra en	Grado Académico	Especialidad
Propiedad <input type="checkbox"/>	Bachiller <input type="checkbox"/>	S.M. Perinat. <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/>
Interina <input type="checkbox"/>	Licenciatura <input type="checkbox"/>	S.M. Psiquiát. <input type="checkbox"/> Salud Ocup. <input type="checkbox"/>
Pensionada <input type="checkbox"/>	Maestría <input type="checkbox"/>	Otros: _____
Trabj. Indep. <input type="checkbox"/>		

Realiza Estudios Actualmente Especifique: _____

Cancelara Cuotas en:

Deducción en Planillas:

Oficinas de ANPE

Ministerio de Salud

C.C.S.S.

Otro: _____

Firmo autorizando que se me deduzca la cuota de afiliación correspondiente



Nota: En caso de que la Institución para la cual usted labora no aplique la cuota de afiliación deberá cancelarla en nuestras oficinas. Si por error de la Institución en la que usted labora le rebajaran doble afiliación se procederá a depositarla en su cuenta del Banco Popular, previa comprobación. Recuerde que con dos cuotas de atraso de afiliación pierde esta condición.

SOLO PARA USO DE LA INSTITUCIÓN

AFILIADO POR: _____ **FECHA DE AFILIACIÓN:** _____