



**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](mailto: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:** \_\_\_\_\_