



**Asociación De Niños y Adultos con Vítligo
"Sonriéndole a la Vida" Inc.**

PO Box 8968
Bayamón PR 00960-8968
asoc.vitligopr@gmail.com

SOLICITUD DE MEMBRESIA

(Complete todos los blancos y envíe por correo)

I. Datos Personales

Nombre y Apellidos _____

Dirección Postal _____

Teléfonos _____ Residencial _____ Celular _____ Trabajo _____

Email _____

II. Indique si usted es _____ Paciente _____ Familiar de Pac. _____ No Paciente _____ Voluntario

Si usted es paciente, favor de indicar la fecha de nacimiento _____ Mes _____ Día _____ Año

¿A qué edad usted desarrollo la condición? ¿En que área del cuerpo? _____

¿Tiene usted algún familiar con vítligo? Parentesco _____

III. Persona de Contacto Autorizada por el Paciente

Nombre _____ Parentesco _____

Teléfonos _____

Autorizo a que mis datos personales aquí indicados en el encasillado **I** puedan ser utilizados por la Asociación para:

_____ Ser contactado por los líderes de los grupos de Apoyo

_____ Bajo anonimato, para uso exclusivo de datos demográficos, educativos o investigativos.

_____ Ambos

***Si usted desea, favor de entregar su solicitud con 2 foto 2x2 (1 se utilizara para su tarjeta de membresía, la cual se enviara por correo y 1 para su expediente)**

Para uso interno

Tipo de Membresía _____ Nueva (Paciente) _____ Renovación

Núm. de Registro _____ Fecha de Registro _____