

Hoja de Matrícula

Psicoalternativas, Inc.

info@psicoalternativaspr.com

Calle Domenech 386, Hato Rey, Puerto Rico 00918

787-567-0070



Fecha de Matrícula		Transacción/Recibo	
Apellido Paterno		Apellido Materno	
		Nombre	
		Inicial	
Correo Electrónico		Profesión	
		# Licencia Profesional	
		<input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Profesional	
Dirección Postal			
Tel. Celular		Tel. Residencial	
		Tel. Trabajo	
		Ext.	
Tel. de Emergencia		Nombre de Contacto de Emergencia	
		Parentesco	
Acomodo Razonable		¿Qué tipo de acomodo razonable necesita?	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Nombre del Curso o Actividad		Fecha	
		Costo	
¿Cómo se entero del curso?			
Certifico que he leído las normas y procedimientos del Departamento de Educación Continua de Psicoalternativas, Inc. y sus políticas de cancelaciones, devoluciones y pagos. Además que la información provista es correcta, que me encargaré de enviarla al correo electrónico (psicoalternativaspr@gmail.com) y que me comprometo a pagar la totalidad del curso o la actividad.			
Firma del Participante		Fecha	
PARA USO INTERNO			
Plan de Pago	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Total a Pagar	\$
			Fecha límite
# Recibo	Cantidad Pagada	Fecha	Balance Adeudado
			Iniciales Participantes
			Iniciales Empleado
# Recibo	Cantidad Pagada	Fecha	Balance Adeudado
			Iniciales Participantes
			Iniciales Empleado
# Recibo	Cantidad Pagada	Fecha	Balance Adeudado
			Iniciales Participantes
			Iniciales Empleado
# Recibo	Cantidad Pagada	Fecha	Balance Adeudado
			Iniciales Participantes
			Iniciales Empleado