



Asociación de Exfuncionarios de OPS/OMS (AFSM)

Formulario para Cambio de Dirección

Apellido:
Nombre:

Dirección Previa

Dirección:
Ciudad:
Estado:
Código Postal:
País:
Teléfono Fijo:
Teléfono Celular:
Fax:
Correo Electrónico:

Nueva Dirección

Dirección:
Ciudad:
Estado:
Código Postal:
País:
Teléfono Fijo:
Teléfono Celular:
Fax:
Correo Electrónico:

Enviar por CORREO a:
AFSM / Ms. Hortensia Saginor
c/o Pan American Health Organization
525 23rd Street,
Washington, D. C. 20037, USA

Enviar por CORREO ELECTRONICO a:
AFSM / Ms. Hortensia Saginor
afsmpaho@gmail.com

- NOTA:**
1. Salve el formulario en su computador
 2. Complete la información y salve el documento
 3. Envíe el documento a AFSM por correo electrónico