



COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE PUERTO RICO
DIVISIÓN DE COMUNICACIONES
REVISTA FARMACÉUTICA
HOJA DE SUBSCRIPCIÓN

NÚM. LICENCIA _____ NÚM. CEL. _____

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN POSTAL: _____

E-MAIL: _____

PRECIOS- incluyen el IVU	
Técnico de Farmacia	\$16.72
Biblioteca	\$16.72
Otros	\$16.72
Edición	\$5.58

FORMA DE PAGO

() Cheque () Giro Postal () Tarjeta de Crédito: () Visa () MasterCard

Núm. de Tarjeta: _____ Fecha de Expiración: _____

Nombre en letra de molde del propietario de la tarjeta:

Firma Autorizada: _____

Todo formulario debe incluir pago por adelantado en cheque o giro postal a nombre de:
Colegio de Farmacéuticos de Puerto Rico. Pueden enviar el pago por los siguientes medios:

Correo Postal- PO BOX 360206 SAN JUAN PR 00936-0206

Email- educacion@cfpr.org

No es necesaria la suscripción para los farmacéuticos colegiados.

No escriba debajo de esta línea. Solo personal autorizado.

Fecha de pago _____ Cantidad _____ Núm. de Recibo _____

EDICIONES QUE LE CORRESPONDEN:

Vol. _____ Núm. _____ Año _____ Fecha de Envió: _____ Iniciales: _____

Vol. _____ Núm. _____ Año _____ Fecha de Envió: _____ Iniciales: _____

Vol. _____ Núm. _____ Año _____ Fecha de Envió: _____ Iniciales: _____

Vol. _____ Núm. _____ Año _____ Fecha de Envió: _____ Iniciales: _____