



Sociedad de Administradores de Investigación de PR, Inc.

Solicitud de membresía / Membership Application

Nombre / Name: _____

Título/ Title: _____

Institución / Institution: _____

Dirección Postal / Postal Address: _____

_____ Zip Code: _____

Tel.Oficina /Office Tel. _____ Fax: _____

E-MAIL: _____

E-MAIL(personal) _____

Cuotas de membresía / Membership Fee

Membresía Individual / Individual Membership: \$25.00 anual / yearly

Estudiante / Student: \$15.00 anual / yearly

Favor emitir cheque o giro postal a nombre de **SAI**/
Please make check payable to **SAI**

Tipo de organización / Organization Type

Institución de Educación Superior / Institution of Higher Education

Privada / Private

Pública / Public

Agencia de Gobierno / Government Agency

Industria / Corporación

Otra / Other: _____

Numero De Seguro Social Patronal / Employer Social Security Number: **66-0558097**

Firma / Signature: _____

Fecha / Date: _____

Enviar el pago a: **SAI**/ PO Box 71325, Número 108, San Juan, Puerto Rico 00936

FOR OFFICE USE: Recibido/ Received: _____(mm/dd/yyyy)

Num. Cheque/Check number: _____ Bank: _____

Received by: _____