CAMBIO DE DIRECCIÓN

Favor marcar con una (X) _____ **Registro Médico** _____ **Registro (PA)**

_____

NOMBRE APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

_____ _____

NÚMERO DE LICENCIA DE MÉDICO NÚMERO DE REGISTRO

_____

DIRECCIÓN RESIDENCIAL ACTUAL

_____

DIRECCIÓN POSTAL ACTUAL

_____

_____ _____

TELÉFONO TRABAJO TELÉFONO RESIDENCIAL

CERTIFICO QUE ESTA INFORMACIÓN ES CORRECTA:

_____ _____

FIRMA FECHA DE CAMBIO DE DIRECCIÓN

Nota: No informar a la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico por correo certificado, todo cambio de dirección residencial, profesional o postal, en o fuera del Gobierno de Puerto Rico, dentro de los cinco días siguientes a la fecha de tal cambio, podría resultar, entre otros, en una sanción administrativa y multa por la cantidad de SETENTA Y CINCO ($75.00) dólares.