

**Opciones de envío:**

Puede enviar esta solicitud por correo regular a: AFAMEP, Po Box 1738, Bayamón, Puerto Rico 00960-1738 o a través del email: [info@afamep.org](mailto:info@afamep.org)

**Departamento de Servicio al Cliente****RENOVACIÓN DE CERTIFICACION PMB****Seleccione las certificaciones que desea renovar:**

PMB       PMB-C       PMB-D       PMB-A       PMB-T       PMB-RCM  
 HIPAA Compliance Officer       Otra: \_\_\_\_\_.

**Lea antes de continuar:** El costo de renovación PMB por cada certificación es de \$200.00. Cualquier certificación que tenga más de un año vencida pagará \$225.00.

**Registro:**

Nombre y ambos apellidos (si aplica): \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono principal: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Incluya las siguientes evidencias con esta solicitud: 1. Certificación (es) PMB vencida (s). 2. Evidencia de 20 horas de educación continua durante los dos años de vigencia de la certificación. 3. Evidencia de membresía activa en AFAMEP.

Estoy solicitando la renovación de la(s) certificación(es) PMB seleccionadas con anterioridad. Certifico que la información que he presentado en esta solicitud es correcta.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Esta solicitud puede ser pagada de la siguiente manera: 1) Ath Móvil. En la aplicación seleccione: Pagar a un Negocio. Busque: AFAMEP. 2) A través de PayPal: entre a: <https://paypal.me/AFAMEP> y seleccione: SEND. 3) Enviando un cheque. En este caso la membresía no será procesada hasta que el cheque sea cobrado. 4) Enviando un giro postal. 5) En efectivo: visitando nuestra oficina de martes a sábado de 9:30 am a 3:30 pm en la Calle Doctor Ferrer 4 en Bayamón, Puerto Rico. En este caso puede pagar en efectivo, ATH regular o tarjeta de crédito. Aviso: NO ENVIE efectivo por correo regular. 6) Llamando de martes a sábado de 9:30 am a 3:30 pm al 787.649.9235. Con gusto le cobramos por teléfono. En este caso debe tener una tarjeta débito con logo o una tarjeta de crédito. 7) Si lo desea, puede autorizar a AFAMEP a debitar la cantidad directamente de su cuenta bancaria (ACH). En este caso complete los siguientes renglones: Nombre del dueño de la cuenta bancaria: \_\_\_\_\_

Nombre del banco o cooperativa: \_\_\_\_\_ Número de la cuenta: \_\_\_\_\_, Cheque \_\_\_\_\_ o Ahorro \_\_\_\_\_

Número de ruta: \_\_\_\_\_ Cantidad a debitar: \_\_\_\_\_. Autorizo a AFAMEP a debitar la cantidad exacta autorizada una sola vez para propósitos de renovación de la(s) certificación(es) PMB.

**Uso exclusivo de AFAMEP:**

La solicitud fue:  aprobada  rechazada. El método de pago utilizado fue el siguiente:

Representante de AFAMEP: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_