



Asociación de Estudiantes Graduados de Ciencias Biomédicas



Decanato Asociado de Ciencias Biomédicas y Estudios Graduados
Universidad de Puerto Rico - Recinto de Ciencias Médicas

Solicitud Membresía

Deseo pertenecer a la AEG-CB Si No

Nombre _____

Departamento _____

E-mail _____

Teléfono : Laboratorio _____ Celular _____

Casa _____

*** Cuota por semestre: \$10**