

AFE Individual Membership Application

Join at www.AFE.org / Fax to: 571 766 2142 / Mail to: AFE, 8200 Greensboro Drive Suite 400, McLean, VA 22102

Personal Data

Mr. Mrs. Ms. Name _____ DOB: _____

Employer _____ Title _____

Employer Address _____

City _____ State _____ Zip _____

Work Phone _____ Cell _____ Fax _____

Home Address _____

City _____ State _____ Zip _____

Home Phone _____ Email _____

Preferred Mailing Address Home Company

Education, Certification, and Licensure

Highest Education Level High School Some College Bachelor's Master's Doctorate
 Degree(s) _____ From College/University Name _____

Professional licenses/Certifications PE CPE CPMM CPS

Other Certifying Organization: _____

Chapter Affiliation — please check one box

Please assign me to the following chapter: _____ Chapter # _____

Please assign me to the active chapter nearest my preferred mailing address. If there is no active chapter in my area, I understand I will be a member-at-large.

Payment Method — please choose a payment method

Membership type \$199 (1 year) \$350 (2 year)

A check is enclosed for \$ _____ PO# _____

Credit Card: AMEX MC VISA Discover

Account # _____ Expiration date _____ CVC: _____

Name on Card _____ Signature _____

AFE Aplicación de Membresía

Únete a www.AFE.org / Fax a: 571 766 2142 / Correo: AFE, 8200 Greensboro Drive Suite 400, McLean, VA 22102

Información personal

Sr. Sra. Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Empleador _____ Título _____

Dirección del empleado

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono del trabajo _____ Número Celular _____ Fax _____

Dirección de casa

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de casa _____ Correo electrónico _____

Dirección de correo preferida: de casa de trabajo

Educación, Certificación, y Licenciatura

Nivel de educación más alto Secundaria Algo de universidad La licenciatura La maestría Doctorado

La(s) licenciatura(s)

Nombre de la Universidad

La(s) licenciatura(s)	Nombre de la Universidad

Licencias/certificaciones profesionales PE CPE CPMM CPS

Otros Organismo certificador: _____

Capítulo de afiliación — por favor, marque una casilla

me asigne para el siguiente capítulo: _____ capítulo # _____

me asigne el capítulo activo más cerca de mi dirección de correo preferida. Si no hay ningún capítulo activo en mi zona, entiendo que será un miembro en grande.

Forma de pago — por favor, elija un método de pago

Tipo de membresía \$199 (1 año) \$350 (2 años)

se adjunta un cheque por \$ _____ PO# _____

Tarjeta de crédito: AMEX MC VISA Discover

Número de cuenta # _____ Fecha de vencimiento _____ CVC _____

Nombre en la tarjeta _____ Firma _____