International Association of Dental Traumatology

SOLICITUD DE MEMBRESÍA

☐ Nuevo Solicitud ☐ Renovacion

Apellido Paterno _____ ☐ Dr. ☐ Prof. ☐ Dra. ☐ Otro: _____

Apellido Materno _____ Nombre(s) _____

Título Universitario _____ Especialidad _____

Dirección donde desea que se envíe la correspondencia:

Calle o Apartado Postal _____

Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____ País _____

Teléfono(s) (_____) _____ FAX: (_____) _____
Código país Código país

Correo Electrónico: _____

☐ US $195 Membresía que incluye: suscripción edición electrónica de la revista ***Dental Traumatology***

☐ US $40 Membresía para estudiantes, sin suscripción a la revista.

Forma de pago:

Cancelar con cheque de algún Banco de USA a nombre de IADT, o por medio de tarjeta de crédito. En caso de cancelar con tarjeta de crédito, complete los datos y **envíe este formulario al fax 1-858-272-7687**, al RES Inc. (no por vía electrónica).

☐ Cheque ☐ Visa ☐ Master Card ☐ American Express Fecha Expiración: _____

Código de seguridad (Indique los 3 últimos números al reverso de la tarjeta):_____

Número (#) de Tarjeta _____

Firma _____ Fecha _____

Enviar:

IADT
c/o RES Inc.
4425 Cass Street, Ste A
San Diego, CA 92109 USA

Fax: 1-858-272-7687
Email: membership@iadt-dentaltrauma.org
Website: **http://www.iadt-dentaltrauma.org**