



International Association of Dental Traumatology

SOLICITUD DE MEMBRESÍA IADT

Nueva membresía Renovación

Por este conducto deseo solicitar membresía o mi renovación en IADT

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

Apellido Materno _____ Nombre(s) _____

Afiliación / Universidad / Práctica Privada _____

Departamento: _____

Posición: _____

Especialidad _____

Calle o Apartado Postal _____

Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____ País _____

Teléfono(s) (_____) _____

Correo Electrónico: _____

US \$235 Membresía que incluye: suscripción anual edición electrónica de la revista ***Dental Traumatology***

US \$ 195 Acceso opcional online a Conferencias seleccionadas del WCDT 2018 San Diego Adquirido al momento de la renovación de la membresía – **Tarifa Reducida!**

US \$ 240 Acceso opcional online a Conferencias seleccionadas del WCDT 2018 San Diego Adquirido por separado de la renovación de la membresía – Tarifa Completa

US \$75 Membresía para estudiantes incluye: suscripción anual edición electrónica de la revista ***Dental Traumatology***

Forma de pago:

Pago con cheque de algún Banco de USA a nombre de IADT, o por medio de tarjeta de crédito.

Cheque Visa Master Card American Express

Firma _____ Fecha _____

Enviar este formulario y pago de membresía a:

Email: Membership@IADT-Dentaltrauma.org | Website: <http://www.iadt-dentaltrauma.org>