



# International Association of Dental Traumatology

## SOLICITUD DE MEMBRESÍA IADT

Nueva membresía       Renovación

Por este conducto deseo solicitar membresía o mi renovación en IADT

Dr.  Prof.    Dra.  Otro:

Apellido Paterno \_\_\_\_\_

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 \$120 Membresía (\*LDC) 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***
- US \$50 Membresía(\*LDC) para estudiantes incluye: suscripción anual edición electrónica de la revista ***Dental Traumatology***

\*LDC= Países Menos Desarrollados

### **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](mailto:Membership@IADT-Dentaltrauma.org) | Website: <http://www.iadt-dentaltrauma.org>

IADT | 4425 Cass Street, Suite A | San Diego | CA | 92109