



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

Card #: _____ Expiration Date: _____

Signature: _____ Security Code: _____

Firma _____ Fecha _____

Enviar este formulario y pago de membresía a:

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

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