

Tagfelvételi Kérelem

Nemzetközi Tagság • HUNGARY

Vezetéknév / Családnév _____ Születés Dátuma ____^{éé} / ____^{hh} / ____ⁿⁿ Férfi Nő

Keresztnév _____ Második Keresztnév / Kezdőbetű(k) _____ Fokozat _____

Rendelő / Cég Neve _____

Rendelő Címe _____ Szoba _____

Város/Körzet _____ Megye _____ Ország _____ Postai Irányítószám _____

Telefon _____ Fax _____ E-mail _____

Honlap _____

Szakterület _____ Engedély Száma _____

- Általános Szájsebész Parodontológus Protetikus Endodontológus
 Lab. Technikus Ipari Személyzet Katonai Személyzet Egyetemi Kar Tagja Teljes Munkaidőben

Évi Tagsági Díj: \$275 USD

12 hónapra érvényes

Fizetési Módk

- MasterCard Visa American Express Banki Átutalás

Elfogadott fizetési módok: MasterCard, Visa és American Express fizetésekfaxon keresztül. Kérjük adja meg az alábbi adatokat és küldje el faxon a +1 973-783-1175 számra.

Kártyatulajdonos _____

Kártya Száma _____ Érvényességi Idő _____ CVV # _____

Aláírás _____ Hely/Dátum _____

**KÜLDJE VISSZA A KÉRELMET A TAGSÁGI DÍJ KIFIZETÉSÉNEK
IGAZOLÁSÁV AL A KÖVETKEZŐ CÍMRE**