ICOI

Aplicație Pentru a Deveni Membru

Calitatea de Membru Internațional • ROMANIA

Nume / Nume de Familie _____ **Data Nașterii** ____ll / ____zz / ____aa ☐ **Masculin** ☐ **Feminin**

Prenume _____ Al Doilea Prenumee / Inițiale(s) _____ Titluri _____

Cabinet/Nume Firmă _____

Adresă Cabinet _____ Camera _____

Orașul/Comuna _____ Statul _____ Județul _____ Cod Poștal _____

Telefon _____ Fax _____ E-mail _____

Adresă Web _____

Specializare _____ Număr Licență _____

☐ Generalist ☐ Chirurgie Orală & Maxilofacială ☐ Paradontolog ☐ Prosthodontist ☐ Endodontist

☐ Technician Laborator ☐ Personal Industrial ☐ Personal Militar ☐ Cadru Academic Full-Time

Taxă de Membru Anual: $275 USD

Valabil timp de 12 luni

Informații de Plată

☐ MasterCard ☐ Visa ☐ American Express ☐ Transfer Bancar

Acceptăm MasterCard, Visa și plăți American Express prin fax. Vă rugăm să completați și să trimiteți acest formular prin fax la numărul: +1 973-783-1175.

Titular Card _____

Număr Card _____ Data Expirării _____ CVV # _____

Semnătura _____ Localitatea/Data _____

RETURNAȚI ACEASTĂ CERERE ÎMPREUNĂ CU TAXELE DE MEMBRU LA

ICOI, One Bridge Plaza N, Suite 950, Fort Lee, NJ 07024 USA • Telefon: +1 973-783-6300 • Fax: +1 973-783-1175
membership@icoi.org • www.icoi.org