



Sociedad Dominicana de Ortodoncia, Inc

Aplicación para membresía activa

| | | |
|-----------------------|-------------------------------------|------------------|
| Nombre Completo | Lugar y Fecha de Nacimiento (D/M/A) | |
| Número de Cédula | Email | |
| Dirección Residencial | Teléfono Casa | Teléfono Celular |

| | | |
|------------------------------|-------|------------|
| Dirección Consulta Principal | | |
| Teléfono Consulta | Email | Página Web |

| | | |
|-------------------------------|-------|------------|
| Dirección Consulta Secundaria | | |
| Teléfono Consulta | Email | Página Web |

| | | |
|------------------------------|-------|------------|
| Dirección Consulta Terciaria | | |
| Teléfono Consulta | Email | Página Web |

| | | |
|--|---|---------------------|
| Universidad donde cursó la Carrera de Odontología | Ciudad y País | Fecha de Graduación |
| Institución donde cursó el Postgrado en Ortodoncia | Ciudad y País | Fecha de Graduación |
| Duración del Postgrado en Ortodoncia | Nombre del Director del Postgrado en Ortodoncia | |

| |
|------------------------------|
| Membresía a otras Sociedades |
|------------------------------|

| | | |
|---|---|---|
| Técnicas Utilizadas (Marcar las que apliquen): | | |
| <input type="checkbox"/> Edgewise Standard <input type="checkbox"/> Tweed <input type="checkbox"/> Begg <input type="checkbox"/> Ricketts <input type="checkbox"/> Roth Slot Predilecto: <input type="checkbox"/> .018 <input type="checkbox"/> .022 | <input type="checkbox"/> Alexander <input type="checkbox"/> MBT <input type="checkbox"/> Damon <input type="checkbox"/> Otros Autoligables <input type="checkbox"/> Técnica Lingual Otras Técnicas _____ | <input type="checkbox"/> Viazis <input type="checkbox"/> Tip Edge <input type="checkbox"/> Invisalign <input type="checkbox"/> Aparatos Funcionales <input type="checkbox"/> Microimplantes |

En la calidad de aspirante a miembro de la Sociedad Dominicana de Ortodoncia, INC. (SDO) acepto cumplir y apegarme a los estatutos vigentes que rigen a la SDO, entendiendo los derechos y deberes que me confieren como futuro miembro de esta institución:

Fecha (D/M/A)

Firma del Solicitante