



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"/> Alexander	<input type="checkbox"/> Viazis
<input type="checkbox"/> Tweed	<input type="checkbox"/> MBT	<input type="checkbox"/> Tip Edge
<input type="checkbox"/> Begg	<input type="checkbox"/> Damon	<input type="checkbox"/> Invisalign
<input type="checkbox"/> Ricketts	<input type="checkbox"/> Otros Autoligables	<input type="checkbox"/> Aparatos Funcionales
<input type="checkbox"/> Roth	<input type="checkbox"/> Técnica Lingual	<input type="checkbox"/> Microimplantes
Slot Predilecto: <input type="checkbox"/> .018 <input type="checkbox"/> .022	Otras Técnicas _____	

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