



ASOCIACIÓN DE ORTODONCISTAS DE EL SALVADOR (ASODES)

SOLICITUD DE INGRESO

Nombre completo		Fecha de nacimiento (D/M/A)	
Dui	J.V.P.O	Email	
Dirección		Teléfono casa	Teléfono Celular

Dirección de clínica principal		
Teléfono consultorio	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 se apliquen): <input type="checkbox"/> Roth <input type="checkbox"/> MBT <input type="checkbox"/> Autoligado <input type="checkbox"/> Técnica lingual <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Alingners <input type="checkbox"/> Microimplantes <input type="checkbox"/> Ortodoncia láser <input type="checkbox"/> Corticotomía <input type="checkbox"/>

En la calidad de aspirante a miembro de la Asociación de Ortodoncistas de El Salvador (ASODES) acepto cumplir y apegarme a los estatutos vigentes que rigen a ASODES, entendiendo los derechos y deberes que me confieren como futuro miembro de esta institución:

Fecha (D/M/A)

Firma del solicitante