



Caribbean Division of The American Phytopathological Society

Sociedad Americana de Fitopatología-División Caribe Aplicación para Membresía

(EN LETRA DE IMPRENTA):

Nombre _____
Organización: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
PAÍS _____
Teléfono: _____ Fax: _____
Correo electrónico: _____

Cuota Anual de la División:

Membresía Profesional	\$15.00 (\$US)	_____
Membresía Estudiante/Post-Doc	\$ 5.00 (\$US)	_____

Forma de Pago:

Cheque (incluido) [a nombre de APS Caribbean Division en dólares (\$US) y de bancos de Estados Unidos]

Cobro a tarjeta de crédito Visa MC AMEX

Número de Tarjeta de Crédito _____

Fecha de Expiración (MM/AA): _____

Nombre del propietario de la Tarjeta (letra imprenta) _____

Firma _____

Enviar esta formulario por correo postal o Fax (incluyendo forma de pago) a: APS,
3285 Northwood Circle, Ste 100, St. Paul, MN55121 USA, Seguro FAX: (651)454-0766