



Solicitud de membresía de grupo de la APS

Por favor escribir a maquina o con letra de imprenta en los siguiente espacios.
Esta oferta es solamente por fitopatologos de países en desarrollo.

2199

Líder del Grupo

Nombre _____ Apellidos _____
 Institución/Agencia _____
 Departamento _____
 Dirección _____
 Ciudad _____ País _____
 Código Postal _____
 Teléfono _____
 Fax _____
 Correo electrónico _____
 Fecha de nacimiento / / **Marcar uno:** Señor Señora Señorita Dra. **Marcar uno:** Masculino Femenino

#: _____

 T: _____
 O: _____

Miembro Del Grupo

Nombre _____ Apellidos _____
 Dirección (si es diferente a la de arriba) _____
 Dirección _____
 Ciudad _____ País _____
 Código Postal _____
 Teléfono _____
 Fax _____
 Correo electrónico _____
 Fecha de nacimiento / / **Marcar uno:** Señor Señora Señorita Dra. **Marcar uno:** Masculino Femenino

#: _____

 T: _____

Miembro Del Grupo

Nombre _____ Apellidos _____
 Dirección (si es diferente a la de arriba) _____
 Dirección _____
 Ciudad _____ País _____
 Código Postal _____
 Teléfono _____
 Fax _____
 Correo electrónico _____
 Fecha de nacimiento / / **Marcar uno:** Señor Señora Señorita Dra. **Marcar uno:** Masculino Femenino

#: _____

 T: _____

Miembro Del Grupo

Nombre _____ Apellidos _____
 Dirección (si es diferente a la de arriba) _____
 Dirección _____
 Ciudad _____ País _____
 Código Postal _____
 Teléfono _____
 Fax _____
 Correo electrónico _____
 Fecha de nacimiento / / **Marcar uno:** Señor Señora Señorita Dra. **Marcar uno:** Masculino Femenino

#: _____

 T: _____

Miembro Del Grupo

Nombre _____ Apellidos _____
 Dirección (si es diferente a la de arriba) _____
 Dirección _____
 Ciudad _____ País _____
 Código Postal _____
 Teléfono _____
 Fax _____
 Correo electrónico _____
 Fecha de nacimiento / / **Marcar uno:** Señor Señora Señorita Dra. **Marcar uno:** Masculino Femenino

#: _____

 T: _____

Por este conducto solicitamos la membresía de grupo de la APS. Estamos de acuerdo que la(s) revista(s) de la APS son para uso del grupo solamente y no serán utilizadas en ninguna biblioteca pública. Aceptamos recibir la información de la APS vía electrónica y estamos de acuerdo en que nuestra información de contacto aparezca en la pagina web de la APS en el directorio de membrestas en línea, a menos que se indique de otra manera. El periodo de la membrestasuscripción empezará hasta que se haya recibido el pago y se pagará anualmente.

Firma del Líder del Grupo _____ Fecha _____

Completar la siguiente pagina

Opciones para los Miembros: 2009

Precio por Miembro del Grupo \$76

\$ _____

Opciones Boletín

Membresía. Incluye 12 ediciones de *Phytopathology News*.
Cómo le gustaría recibir sus ejemplares?

- Tipo online (*Pdf con el aviso del E-mail*) Tipo impresión (*enviado vía U.S.P.S.*)

Opciones de Revista Científica (*precios para miembros solamente*)

Phytopathology

(12 volúmenes enviados, uno cada mes y/o 12 meses con acceso a los volúmenes online)

- Tipo impresión, Aéreo Internacional (3-4 semanas para llegar) \$128
 Tipo online \$69
 Ambas opciones, online y revista en papel, Aéreo Internacional (3-4 semanas para llegar) \$155

\$ _____

Plant Disease

(12 volúmenes enviados, uno cada mes y/o 12 meses con acceso a los volúmenes online)

- Tipo impresión, Aéreo Internacional (3-4 semanas para llegar) \$128
 Tipo online \$69
 Ambas opciones, online y revista en papel, Aéreo Internacional (3-4 semanas para llegar) \$155

\$ _____

Molecular Plant-Microbe Interactions

(12 volúmenes enviados, uno cada mes y/o 12 meses con acceso a los volúmenes online)

- Tipo impresión, Aéreo Internacional (3-4 semanas para llegar) \$139
 Tipo online \$79
 Ambas opciones, online y revista en papel, Aéreo Internacional (3-4 semanas para llegar) \$176

\$ _____

Pago total de la membresía \$ _____

Opciones para pagar

- Cheque incluido, en dólares y con una cuenta en un banco de los Estados Unidos, pagadero a The American Phytopathology Society
 Giro postal adjunto en dólares y con una cuenta en un banco de los Estados Unidos, pagadero a The American Phytopathology Society
 Giro postal adjunto (Contacto Denise Kessler: dkessler@scisoc.org, para información sobre la cuenta)
 Cargue el total del valor de las membresías indicadas en la parte superior a mi tarjeta de crédito:
 Visa Master Card American Express

Numero tarjeta _____ Fecha de expiración _____

Nombre _____

Firma _____

Enviar su Solicitud Completa con el Pago Incluido a:

The American Phytopathological Society
3340 Pilot Knob Road
St Paul, MN 55121 U.S.A.
Fax: +1.651.454.0766

Preguntas?

Para Contactar al Servicios de Miembros de la APS favor de comunicarse a:
Teléfono: +1.651.454.7250
Correo-electrónico: apsinfo@scisoc.org
Red: www.apsnet.org

