



## 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, 3352 Sherman Ct. Ste. 202, St. Paul MN 55121 USA, Seguro FAX: (651)454-0766