





# APLICACION PARA MEMBRESIA

## Detalles de la Membresia y Formas de Pago

Membresia Profesional

1 AÑO - \$125 USD

3 AÑOS - \$300 USD

Donacion Voluntaria

Favor de considerer un aporte a la ICMS

\$ \_\_\_\_\_

TOTAL

\$ \_\_\_\_\_

Adjunto Cheque --- **A nombre de International Cellular Medicine Society**

MasterCard

VISA

American Express

Nombre en la tarjeta \_\_\_\_\_

Numero de tarjeta \_\_\_\_\_ Cod de Seguridad \_\_\_\_\_ Fecha de Exp (MM/AA) \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

Contribuciones y regalos hechos a la ICMS pueden ser deducidos como donaciones de caridad para efectos de impuestos federales. Los pagos pueden ser deducidos por los miembros como gastos de negocios comunes y necesarios. Consulte su asesor de impuestos para mayor informacion.

**TODAS LAS APLICACIONES DEBERAN INCLUIR EL PAGO POR CHEQUE O TARJETA DE CREDITO.**

Si su aplicacion es denegada, los pagos seran reembolsados.

**LAS APLICACIONES DE EMPRESAS Y PROFESIONALES DEBERAN INCLUIR UN RESUME O CV (CURRICULUM VITAE)**

Las aplicaciones que no esten acompañadas por pago y resume/CV no seran procesadas.

### SUS INTERESES Y ACTIVIDADES RELACIONADAS A LA MEDICINA DE CELULAS MADRE ADULTAS

1. Esta usted relacionado al uso de cellulas madre u otros productos relacionados con cellulas como parte de la practica de medicine? Si es asi, describa brevemente el origen de las cellulas (de la misma persona o de otras) y como estan siendo usadas?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Son las cellulas madre de cultivo?

\_\_\_\_\_

3. Su procedimiento ha sido revisado y/o aprobado por una entidad reguladora? Si es asi, cual es el nombre de la entidad?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ENVIAR ESTA APLICACION A:

Sociedad Internacional de Medicina Celular, PO Box 4423, Salem, OR 97301 USA  
(503)400-5603, info@cellmedicinesociety.org, www.cellmedicinesociety.org

Impuestos Federal #: 75-2985553