



Filiada a IAPD – International Association of Pediatric Dentistry
Filiada a ALOP – Asociación Latino Americana de Odontopediatria

Proposta de filiação – Sócio Nacional N°

Titulação: Dr.____ Prof.____

Nome:_____CRO-()_____

Onde é Professor:_____

Endereço para correspondência:

Rua/Av._____

Bairro:_____

Cidade:_____Estado:_____

CEP:_____

Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____

e-mail:_____

Cheque nominal para **abo-odontopediatria** no valor de **R\$ 130,00 (cento e trinta reais)**.

Ou depósito/transferência para Banco do Brasil Agência 3877-6 Conta Corrente 11241-0
Neste caso enviar cópia via fax ou e-mail.

Data: ____ de _____ de 2012

Ano de formatura: _____ Faculdade:_____

Onde cursou especialização: _____ Ano: _____

Mestrado: _____ Ano: _____

Doutorado: _____ Ano: _____

Envie em carta registrada ou Ar ou sedex para:

abo-odontopediatria/ Paulo Cesar B. Rédua

Av. Mascarenhas de Moraes 2562/104 – Bento Ferreira

29052-021 Vitória-ES

ou preenchido via e-mail

presidencia@abodontopediatria.org.br

pauloredua@uol.com.br

www.abodontopediatria.org.br