



**Asociación Latinoamericana de Optometría y Óptica**

**SOLICITUD DE ESCUELA/ FACULTAD DE OPTOMETRÍA/ÓPTICA, COMO MIEMBRO AFILIADO DE ALDOO**

Por la presente solicitamos membresía en la Asociación Latinoamericana de Optometría y Óptica (ALDOO) como miembro **AFILIADO** según se definen en los estatutos. Entendemos que esta solicitud está sujeta a la aprobación de la Junta Directiva, se puede requerir documentación adicional y no será efectiva hasta que se complete el pago de la **cuota de \$100.00USD (cien dólares americanos)**. Entendemos que ésta es una cuota anual y que de no realizarse el pago a tiempo la membresía podrá ser revocada.

*\*Favor llenar el formulario a mano en letra imprenta o legible, y devolver a la secretaria de ALDOO.*

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de la Escuela o Facultad: \_\_\_\_\_

Si la Escuela o Facultad es parte de una universidad indique el nombre: \_\_\_\_\_

Portal de la institución (Website): \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Dirección Institucional: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono(s): \_\_\_\_\_

Persona encargada del programa: \_\_\_\_\_

Posición de la persona encargada (Decano, Director, Coordinador): \_\_\_\_\_

Teléfono o celular de persona encargada: \_\_\_\_\_

Correo(s) electrónicos (e-mail): \_\_\_\_\_

¿Cuántos años de fundada tiene su institución? \_\_\_\_\_

Describe el/los grado(s) académicos que otorga su Escuela o Facultad de Optometría:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ENCARGADO/A DEL PROGRAMA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE ACEPTACIÓN ALDOO