

Torne-se um membro internacional da ABOR!

A categoria de membro internacional, de acordo com Capítulo III, Artigo 7º do Estatuto de ABOR, é destinada aos cirurgiões-dentistas especialistas em Ortodontia e/ou Ortodontia e Ortopedia Facial, estrangeiros ou brasileiros que residem e exercem atividade profissional na maior parte do tempo em outro país. Eles devem estar vinculados à entidade nacional de Ortodontia do país onde residem, desde que esta seja a entidade oficial de Ortodontia representante daquele país na World Federation of Orthodontists (WFO) e também serem vinculados diretamente à WFO*.

O associado internacional terá todos os direitos e deveres dos associados nacionais.

- Será necessário o preenchimento do formulário on-line de filiação
- Anexar comprovação que é associado à entidade oficial representante da Ortodontia do país que reside
- Anexar comprovação que é associado à World Federation of Orthodontics (WFO)
- Encaminhar o formulário e documentos solicitados para o e-mail contato@abor.org.br
- Pagamento a taxa anual de US 50 (cinquenta Dólares americanos)**

*O Associado internacional que se desligar da WFO será automaticamente desligado da ABOR.

**O pagamento da taxa de associação será recolhido apenas após a aprovação do candidato pela Diretoria Executiva da ABOR.

Para maiores informações utilize o e-mail contato@abor.org.br

Become an ABOR's International Member

Requirements to candidate as an ABOR International Member:

To be foreign Orthodontist or Brazilian Orthodontist living and working in another country than Brazil;

To be member of the national Orthodontists association of the country where he/she live and work;

To be a World Federation of Orthodontists (WFO) member

International member has all rights and duties of other members.

To request International Membership you must:

Fill the on-line form;

Attach a proof that is a member of national orthodontist association of it's country;

Attach a proof is a member of World Federation of Orthodontist;

Send the documents to teh e-mail: contato@abor.org.br

Pay US\$ 50,00 for one year membership

The International Associate who leaves the WFO will be automatically disconnected from ABOR.

Payment of the membership fee will be collected only after the candidate is approved by the ABOR Executive Board.

For more information, use the email contato@abor.org.br

¡Conviértase en un miembro internacional de ABOR!

La categoría de miembro internacional, según el Capítulo III, Artículo 7 del Estatuto ABOR, está destinada a odontólogos especialistas en Ortodoncia y/o Ortodoncia y Ortopedia Facial, extranjeros o brasileños que residan y ejerzan actividad profesional la mayor parte del tiempo en otro país, vinculado a la entidad nacional de Ortodoncia del país donde residan, siempre que sea la entidad oficial de Ortodoncia que represente a dicho país en la World Federation of Orthodontics (WFO) y además esté vinculado directamente a la WFO*.

El miembro internacional tendrá todos los derechos y deberes de los miembros nacionales.

- Será necesario rellenar el formulario de afiliación
- Adjuntar constancia de estar asociado a la entidad oficial representante de la Ortodoncia en el país de residencia
- Adjunte prueba de que está asociado con la World Federation of Orthodontics (WFO)
- Envíe el formulario y los documentos solicitados al correo electrónico contato@abor.org.br
- Pago de una cuota anual de US 50 (cincuenta dólares estadounidenses)**

*El Miembro internacional que abandone la WFO será automáticamente desconectado de ABOR.

**El pago de la cuota de membresía solo se cobrará después de la aprobación del candidato por parte de la Junta Ejecutiva de ABOR.

Para más información, utilice el correo electrónico contato@abor.org.br

Formulário

First Name: _____ Middle Name: _____ Last Name: _____,

Date of Birth: _____ Country of Birth: _____ Gender: ☐ Male
☐ Female

I'm a citizen of: _____

Main office or teaching facility

Address:

City:

State/Province:

ZIP/Postal Code:

Country:

Phone:

Fax:

Email:

http://

Home

Address:

City:

State/Province:

ZIP/Postal Code:

Country:

Phone:

Fax:

Email:

http://

I prefer to receive mail at

I prefer to receive email at:

Dental School Attended

Degree:

Date of completion:

Orthodontic School Attended:

Degree:

Date of completion:

WFO member # _____

Signature _____ Date: _____