



# The International College of Iridology™ (Colegio Internacional de Iridología) Formulario de Solicitud de Membresía

Fecha \_\_\_\_\_

**Por favor escriba con letra de molde y complete toda la información necesaria**

¿Desea incluir su información en la página web de ICI?  Sí  No

(Los números de teléfono resaltados (marcados con color) no estarán en la lista de la Web.)

*Escriba con letra de molde su nombre como desea que aparezca en su certificado de membresía:*

Nombre de la empresa \_\_\_\_\_

(Si su dirección de negocio es su opción preferida)

Dirección de preferencia \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Providencia/  
Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Teléfono de casa (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Teléfono celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Su dirección de email \_\_\_\_\_

Su dirección de la Web \_\_\_\_\_

*Por favor indique su nivel general de conocimiento y uso de iridología:*

- |   |  |                               |                                  |   |
|---|--|-------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Menos de dos años                  |  | ¿Usa Fotografía para el Iris? |                                  |   |
| <input type="checkbox"/> Dos a cinco años de estudio y uso  |  | <input type="checkbox"/> Sí   | <input type="checkbox"/> No      |   |
| <input type="checkbox"/> Más de cinco años de estudio y uso |  | <input type="checkbox"/> 35mm | <input type="checkbox"/> Digital | <input type="checkbox"/> Microscópica digital |

**Enumere los varios servicios que usted ofrece en su práctica de asistencia sanitaria.**

En el dorso de este formulario, describa brevemente su experiencia con la iridología, incluyendo los cursos que ha tomado (la fecha aproximada) y los nombres de los maestros.

**Método de pago ~ ICI Membresía: \$95 por año / \$110 Internacional**  NUEV  RENOVACIÓN

Cheque o Giro Postal **Pagable a: David J. Pesek ~ ICI**

Número de la Tarjeta de Crédito \_\_\_\_\_

Fecha de Caducidad \_\_\_\_\_ CVC N° \_\_\_\_\_

(Los 3 últimos dígitos del número al dorso o los 4 dígitos al frente si es AmEx)

Dirección de Facturación \_\_\_\_\_

(Donde recibe sus facturas de tarjeta de crédito)

Nombre del titular de la tarjeta \_\_\_\_\_

(Por favor escriban en letra de molde)

Firma del titular de la tarjeta \_\_\_\_\_

**Envíe la aplicación completa y pago a:**

International College of Iridology

c/o David J. Pesek, Ph.D. ♦ 375 Paradise Lane ♦ Waynesville, NC 28785

Tel: 888-573-EYES (3937) ♦ Fax: 828-926-6084

**El alfiler de la solapa  
de ICI recibido**

**Ponga sus iniciales,  
por favor**