

# Membresía de la FMH

**Conviértase en miembro de la Federación Mundial de Hemofilia o renueve su membresía y únase a la red de personas comprometidas que trabajan en pro del *Tratamiento para todos***

Su cuota de membresía ayuda a sufragar la entrega de ayuda humanitaria, la capacitación de profesionales de la salud, y a ofrecer instrucción y esperanza a familias de todo el mundo. Cada año, miles de personas dependen de los extensos programas de la FMH. Con su apoyo, podemos ayudar todavía más. ¡Por favor únase a nosotros hoy mismo!

## Los beneficios de la membresía incluyen:

- Descuentos en cuotas de inscripción a eventos de la FMH (hasta 55 euros) para el Congreso Mundial 2012 de la FMH
- Más de 20% de descuento en el precio de suscripción a *Haemophilia*, el periódico oficial de la FMH.
- Descuentos de hasta 80% en publicaciones de la FMH.
- *El mundo de la hemofilia*, boletín oficial de la FMH.
- Informe anual de la FMH.
- Suscripción a revistas y boletines electrónicos de la FMH.



Clases de membresía	ASOCIADO / ORGANIZACIÓN	DE APOYO	INDIVIDUAL	PERSONA / FAMILIAR DE PERSONA CON TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN
CUOTA ANUAL	\$300 USD	\$100 USD *	\$60 USD	\$30 USD
NÚMERO DE MEMBRESÍAS INDIVIDUALES INCLUIDAS	Hasta 6	1	1	1
DESCUENTOS EN TARIFAS DE SUSCRIPCIÓN A <i>HAEMOPHILIA</i> , PERIÓDICO OFICIAL DE LA FMH	✓	✓	✓	---
DESCUENTOS EN PUBLICACIONES DE LA FMH	✓	✓	✓	✓
DESCUENTOS EN CUOTAS DE INSCRIPCIÓN A EVENTOS DE LA FMH	✓	✓	✓	✓
PUBLICACIÓN <i>EL MUNDO DE LA HEMOFILIA</i>	✓	✓	✓	✓
INFORME ANUAL DE LA FMH	✓	✓	✓	✓
NOTICIAS Y BOLETINES ELECTRÓNICOS DE LA FMH	✓	✓	✓	✓

\* La membresía de apoyo incluye un donativo de \$40 USD, deducible de impuestos donde así lo permita la legislación local.

## Cómo hacerse miembro

Envíe su formulario de membresía y su pago de las siguientes maneras:

POR FAX	POR CORREO POSTAL	POR INTERNET	CORREO ELECTRÓNICO (solo para solicitar información)
(514)875-8916	<b>Federación Mundial de Hemofilia</b> 1425 Rene-Levesque Blvd. West, Suite 1010 Montreal, Quebec H3G 1T7 Canada	Visítenos en <a href="http://www.wfh.org">www.wfh.org</a> y pulse sobre el enlace de membresías para tener acceso a un formulario seguro.	<a href="mailto:membership@wfh.org">membership@wfh.org</a>

# Formulario de membresía de la FMH

**¡Sí! Quiero apoyar a la FMH y el tratamiento para todos.**

Por favor inscríbanme como:

- MIEMBRO DE APOYO:** \$100 USD
- MIEMBRO INDIVIDUAL:** \$60 USD
- PERSONA/FAMILIAR DE PERSONA CON TRASTORNO DE LA COAGULACIÓN:** \$30 USD

Por favor inscriban a mi CTH/organización/empresa como:

- MIEMBRO ASOCIADO/ORGANIZACIÓN:** \$300 USD (En una hoja por separado, por favor proporcione la información de contacto de las seis personas de su organización que recibirán los beneficios de la membresía.)

## Acerca de usted

Dr(a).  Sr.  Sra.  Srta.  Otro \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ APELLIDOS: \_\_\_\_\_

ORGANIZACIÓN: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO / PROVINCIA: \_\_\_\_\_

CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ PAÍS: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

## Perfil

Por favor indique todas las categorías que se apliquen a usted:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> PROFESIONAL DENTAL      | <input type="checkbox"/> PERSONA/FAMILIAR DE PERSONA CON TRASTORNO DE LA COAGULACIÓN |
| <input type="checkbox"/> MÉDICO GENERAL          | <input type="checkbox"/> FISIATRA  |
| <input type="checkbox"/> HEMATÓLOGO              | <input type="checkbox"/> FISIOTERAPEUTA  |
| <input type="checkbox"/> PERSONAL DE LABORATORIO | <input type="checkbox"/> INVESTIGADOR / CIENTÍFICO                                   |
| <input type="checkbox"/> PERSONAL/VOLUNTARIO ONG | <input type="checkbox"/> REUMATÓLOGO   |
| <input type="checkbox"/> ENFERMERA(O)            | <input type="checkbox"/> TRABAJADOR SOCIAL / PSICÓLOGO                               |
| <input type="checkbox"/> TERAPEUTA OCUPACIONAL   | <input type="checkbox"/> ESTUDAINTE  |
| <input type="checkbox"/> ORTOPEDISTA             | <input type="checkbox"/> OTRO _____  |
| <input type="checkbox"/> PEDIATRA                |  |

Trabajo para:

- HOSPITAL O CENTRO DE TRATAMIENTO
- INDUSTIA
- GOBIERNO O AGENCIA REGULADORA
- ORGANIZACIÓN NO LUCRATIVA
- OTRO \_\_\_\_\_

Idioma de preferencia:

- INGLÉS  ESPAÑOL  FRANCÉS

Publicaciones de la FMH en formato:

- IMPRESO  POR CORREO

## Información de pago

- Anexo cheque o giro bancario en dólares estadounidenses, pagadero a la Federación Mundial de Hemofilia, emitido por un banco estadounidense o por el corresponsal estadounidense de mi banco local.

Deseo pagar con:



NO. DE TARJETA DE CRÉDITO: \_\_\_\_\_ EXPIRACIÓN: \_\_\_\_\_

NOMBRE EN LA TARJETA (CON LETRA DE MOLDE): \_\_\_\_\_



FIRMA: \_\_\_\_\_

También puede visitar [www.wfh.org](http://www.wfh.org) y pulsar sobre el vínculo de membresía para tener acceso a un formulario seguro.

Federación Mundial de Hemofilia, 1425 Rene-Levesque Blvd. West, Suite 1010, Montreal, Quebec H3G 1T7 Canada • Tel.: (514)875-7944 • Fax: (514)875-8916