

A. DATOS DEL SOCIO

Nombre _____
 Cargo _____
 Nombre de la empresa _____
 Departamento _____
 Dirección de la empresa _____
 Ciudad _____ Estado/provincia _____
 Código postal _____ País _____
 Dirección particular _____
 Ciudad _____ Estado/provincia _____
 Código postal _____ País _____
 Correo electrónico 1 _____ Correo electrónico 2 _____
 Teléfono laboral _____ Fax _____
 Teléfono particular _____ Año de nacimiento _____

Sexo Masculino Femenino Títulos obtenidos _____ Certificación _____
 Prefiero recibir la correspondencia de la AACC en (marque un casillero)
 Domicilio particular Trabajo
 En el directorio de socios de la AACC, escribir esta dirección (marque un casillero)
 Domicilio particular Trabajo
 Se lo incluirá automáticamente para que reciba el correo postal y electrónico según las opciones estándar de privacidad de la AACC. Para revisar la política de privacidad de la AACC y modificar sus preferencias de comunicación, una vez que le llegue su recibo, inicie sesión en www.aacc.org.

B. SELECCIONE LA CATEGORÍA DE MEMBRESÍA

Profesional (461) \$223
 Personas que tengan una licenciatura o título de educación superior en ciencias, medicina o su equivalente académico, y que hayan ejercido actividades profesionales frecuentemente asociadas con la práctica de la bioquímica clínica y la medicina de laboratorio. Los socios profesionales tendrán derecho a votar, proponer candidatos, ejercer un cargo, actuar en comités y suscribirse a la revista *Clinical Chemistry*.

Afiliado profesional (97) \$132
 Personas con interés en el campo de la bioquímica clínica y la medicina de laboratorio. Esta membresía tiene por objeto brindar oportunidades educativas y profesionales, y facilitar el acceso a las relaciones laborales. Los afiliados profesionales no reciben la revista *Clinical Chemistry*.

Temporario (9626) \$75
 Los aprendices o socios nuevos que finalizaron sus estudios de pregrado, grado o posgrado pueden ser socios temporarios durante un período de dos años. Los socios temporarios tendrán derecho a votar, proponer candidatos, ejercer un cargo, actuar en comités y suscribirse a la revista *Clinical Chemistry*.

Aprendiz (89) \$36
 Personas que realizan estudios de pregrado, grado o posgrado a tiempo completo. "A tiempo completo" representa una combinación de trabajo académico, docencia o ayudantía de investigación o trabajo becario que la institución correspondiente considera una carga a tiempo completo. Los aprendices tienen derecho a todos los beneficios de los socios, excepto los privilegios de voto y la posibilidad de ejercer un cargo en la Asociación. Los aprendices deben presentar constancia de su estado académico actual.

Total de cuotas de membresía \$ _____

C. OPCIONES DE SUSCRIPCIÓN

Exclusivo para socios profesionales y temporarios
 ¿Cómo desearía recibir su suscripción a *Clinical Chemistry*?
 Edición en línea e impresa Solamente edición en línea

Exclusivo para socios aprendices:
 Los socios aprendices reciben automáticamente una suscripción gratuita a la edición en línea de *Clinical Chemistry* únicamente. Para recibir una copia impresa además de la edición en línea.
 Edición en línea e impresa para socios aprendices (tarifa de suscripción de \$30) \$ _____

Exclusivo para socios internacionales
 Todos los socios reciben automáticamente una suscripción GRATUITA en línea a CLN.
 Iniciar mi suscripción a la edición impresa de *Clinical Laboratory News* (tarifa de \$95) \$ _____
 Los socios que residen fuera de América del Norte reciben la revista *Clinical Chemistry* mediante el servicio internacional Air Lift, sin cargo adicional, con un tiempo de entrega de aproximadamente 2 a 4 semanas.
 Marque este casillero para acelerar la entrega de la revista. Los socios pueden pagar una tarifa postal opcional de \$300 para el envío a través de U.S. Air Mail, con un tiempo de entrega de aproximadamente 5 a 10 días. \$ _____

Todos los socios
 Iniciar mi suscripción a *Clinical and Forensic Toxicology News* (tarifa de \$45, solamente edición en línea) \$ _____

Total de cuotas de membresía \$ _____

D. INSCRÍBASE EN LAS DIVISIONES DE LA AACC PARA OBTENER INFORMACIÓN ESPECIALIZADA

Personalice su membresía. INSCRÍBASE en una o más divisiones. Para obtener más información sobre las divisiones de la AACC, visite www.aacc.org/members/divisions.

Bioquímica clínica animal (129) (\$25) \$ _____
 Biomarcadores de enfermedades cardiovasculares agudas (7328) (\$20) \$ _____
 Inmunología clínica y diagnóstica (133) (\$15) \$ _____
 Ciencias clínicas aplicables (5713) (\$20) \$ _____
 Pruebas críticas y en el lugar de atención (2051) (\$20) \$ _____
 Endocrinología (8698) (\$20) \$ _____
 Historia de la bioquímica clínica (132) (\$20) \$ _____
 Industria (134) (\$25) \$ _____
 Sistemas informáticos para laboratorios e informática médica (136) (\$15) \$ _____
 Lipoproteínas y enfermedades vasculares (135) (\$20) \$ _____
 Ciencias administrativas y seguridad del paciente (137) (\$15) \$ _____
 Espectrometría de masas y ciencias de la separación (9625) (\$20) \$ _____
 Patología molecular (138) (\$15) \$ _____
 Nutrición (142) (\$15) \$ _____
 Pediatría y medicina materno-fetal (139) (\$20) \$ _____
 Medicina personalizada (7327) (\$20) \$ _____
 Proteómica y metabolómica (3244) (\$15) \$ _____
 Administración de fármacos y toxicología (141) (\$15) \$ _____

Total de cuotas por divisiones \$ _____

MONTO TOTAL ADJUNTO

\$ _____

Incluya la categoría de membresía, la división o las divisiones, las suscripciones y el franqueo (si corresponde).

E. ELIJA EL MÉTODO DE PAGO QUE PREFIERA

Adjunto un cheque pagadero en dólares estadounidenses a la AACC.
 Realizar el cobro con mi tarjeta de crédito: American Express MasterCard VISA
 - - -
 Fecha de vencimiento /
 mes año

Firma autorizada _____

Nombre como aparece en la tarjeta _____

Dirección de facturación de la tarjeta de crédito (EXACTAMENTE COMO APARECE EN EL ESTADO DE CUENTA)

La membresía es válida desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre. Las solicitudes recibidas antes del 1.º de septiembre serán válidas para el año en curso.

F. PLAN DE RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

Autorizo a la AACC a realizar un pago anual con mi tarjeta de crédito para renovar mi membresía a la AACC y, si corresponde, abonar las cuotas, suscripciones y opciones de franqueo de la división o sucursal local de la NACB, según la(s) tarifa(s) vigentes para el año de renovación.

Firma autorizada _____

Nombre autorizado (en letra de imprenta) _____

Si marca el casillero de renovación automática, la AACC:

1. Le notificaré por adelantado la fecha en que se realizará el cobro con su tarjeta de crédito y el importe.
 2. Se comunicará con usted por correo electrónico en caso de que su tarjeta de crédito haya vencido o si hubiese algún problema durante el proceso.
 3. Le enviaré un recibo por correo electrónico una vez realizado el pago con su tarjeta de crédito.
- Podrá cancelar la renovación automática en cualquier momento. Para ello, comuníquese con el Servicio de atención al cliente por correo electrónico, a custserv@aacc.org, o telefónicamente al 1.800.892.1400 o 202.857.0717, o por correo postal a AACC Customer Service, P.O. Box 759230, Baltimore, MD 21275-9230.

¿Un socio le recomendó la AACC? De ser así, indíquenos quién fue para agradecerle.

Nombre del socio patrocinante e identificación del cliente _____

ENVIAR LA SOLICITUD COMPLETA Y EL PAGO A:	AACC	Teléfono 800.892.1400 (marcar 2)
	P.O. Box 759230	o 202.857.0717
	Baltimore, MD 21275-9230	Fax 202.887.5093
		Correo electrónico custserv@aacc.org



INSCRÍBASE EN LÍNEA, EN WWW.AACC.ORG