



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

NUEVO  RENOVACIÓN

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 serán listados en la web, al menos que usted lo indique.)

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 \_\_\_\_\_ Provincia/  
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"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Pesek Pro o Clinical Iriscope |
| <input type="checkbox"/> Más de cinco años de estudio y uso |  | <input type="checkbox"/> Pesek IrisCam <input type="checkbox"/> Otro _____                                     |

**Enumere los varios servicios que usted ofrece en su práctica del cuidado de la salud.**

\_\_\_\_\_

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. **Tenga en cuenta que no es necesario ser un graduado del Programa de Iridología Holística® Dr. Pesek para ser miembro.**

**Método de pago ~ ICI Membresía: EE. UU. \$125 inicial/\$95 por año ~ Internacional \$155 / \$125**

Depósito Directo ~  Wells Fargo  TD Bank  Zelle App

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

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: 828-926-6100 ♦ Fax: 828-926-6084 ♦ Email: Info@IridologyCollege.org

**El pin/broche de solapa  
de ICI recibido**

**Ponga sus iniciales, por favor**