



Vietnamese Association of
PHYSICIANS, DENTISTS & PHARMACISTS
of Florida

HỘI Y NHA DƯỢC SĨ VIỆT NAM TẠI FLORIDA

4691 Old Canoe Creek Road, Saint Cloud, FL 34769

Tel: (407) 749-8877; Fax: (407) 891-8211; E-Mail: admin@ynd-fl.org

www.ynd-fl.org

APPLICATION FORM/ ANNUAL MEMBERSHIP DUES

(ĐƠN GIA NHẬP HỘI / ĐÓNG NIÊN LIỄM)

Last name: _____ Middle Name: _____ First Name: _____
(Tên Họ) (Tên Lót) (Tên Gọi)

Professional Designation: MD DO DMD DDS PharmD BPharm OD Other _____

Specialty (Chuyên Khoa): _____

Mailing Address (Địa Chỉ): _____
Street City State Zip Code

Phone (Điện Thoại): _____ Fax: _____

Email: _____

Current Status: New Member Renewal

Membership Dues (Đóng niên liễm)	Amounts (Select one)	Contributions (Ủng hộ)	Amounts
Practicing Members (Hội viên hành nghề):	<input type="checkbox"/> \$80	Social Fund (Quỹ xã hội):	\$ _____
Residents / Fellows (Hội viên thường trú):	<input type="checkbox"/> \$40	Newsletter & Publications (Báo chí):	\$ _____
Non-practicing Healthcare Members and Students (Hội viên hưu trí, Sinh viên):	<input type="checkbox"/> Free	Scholarship (Chương trình học bổng):	\$ _____
Total	\$ _____		\$ _____
Grand Total (Tổng cộng)	\$ _____		

Spouse's Name (Tên Người Phối ngẫu) - Optional:

Last name: _____ Middle Name: _____ First Name: _____
(Tên Họ) (Tên Lót) (Tên Gọi)

Options to register or renew membership:

1. Visit www.ynd-fl.org/membership.shtml, complete form and payment online.
2. Mail this completed form with payment to address below.

Please make check payable to **VAPDP/FL** and mail to (Ngân phiếu xin để VAPDP/FL và gửi về địa chỉ Hội):
VAPDP/FL, Attn: Lý Nguyễn, MD, Treasurer 4691 Old Canoe Creek Road, Saint Cloud, FL 34769

For administrative use only. Please do not fill out this section (Xin đừng viết trong phần này).

Date Received: _____ By: _____ Verification: _____ Date: _____
06/09