

FORMATO DE CANJES O SUSCRIPCIONES

Nombres: _____ Apellidos: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ País: _____

Teléfono casa: _____ Teléfono oficina: _____ Teléfono móvil: _____

Fax: _____ Apartado Aéreo: _____ Documento de identidad: _____

Correo electrónico: _____ Ocupación: _____

Afiliación institucional: _____

Nombre de la revista y de la institución con la que se haría el canje/suscripción:

Firma: _____

Favor enviar este formato debidamente diligenciado a la Universidad Simón Bolívar, Barranquilla-Colombia, Suramérica.

En la siguiente dirección: Carrera 54 # 64 - 223 (Oficina de Publicaciones, Vicerrectoría de Investigaciones e Innovación)

iplusdentic@unisimonbolivar.edu.co