



PHOTO

# BULLETIN D'ADHÉSION

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... (jj/mm/aaaa)

Adresse : .....  
.....

Code postale : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Email : .....

Profession :  Orthodontiste  Médecin-dentiste  
 Autre : .....

Année d'obtention du diplôme : ..... (Joindre copie du diplôme)

Secteur d'activité :  Hospitalo-universitaire  Santé publique  
 Libérale

Lieu d'activité : .....