

Informations de correspondance : tous les courriers vous seront adressés à cette adresse
☐ Monsieur ☐ Madame ☐ Mademoiselle

NOMPRÉNOM.....

ADRESSE.....

CODE POSTAL

VILLE..... REGION.....

PAYS

TÉLÉPHONE..... FAX.....

E-MAIL (Mention obligatoire)ADRESSE SITE INTERNET.....

Informations pour l'annuaire de la SFODF : Adresse, si différente, à faire paraître dans l'annuaire des membres de la SFODF ☐ Monsieur ☐ Madame ☐ Mademoiselle

NOMPRÉNOM.....

ADRESSE.....

CODE POSTALVILLE.....REGION.....PAYS.....

TÉLÉPHONE.....FAX.....E-MAIL.....

Date de Naissance :

1 – Vous êtes étudiant DES ou CECSMO :
Pour bénéficier de la gratuité :
☐ DES d'ODF : Université de Année d'étude : DES 1 / DES 2 / DES 3

☐ CECSMO : Université de Année d'étude : ...CECSMO 1/2/3/4.....

Nous vous remercions de bien vouloir télécharger votre certificat de scolarité mentionnant le diplôme préparé et l'année d'étude.

2 - Vous n'êtes pas étudiant en DES ou CECSMO : Nous vous remercions de bien vouloir compléter :

Diplôme obtenu

- ☐ Chirurgien-dentiste ou Doctorat en chirurgie dentaire
- ☐ Doctorat en médecine
- ☐ Doctorat d'université ou Doctorat d'Etat
- ☐ C.E.C.S.M.O. : Année de l'obtention :
- ☐ DES d'ODF : Année de l'obtention :
- ☐ D.U.O. Université à préciser
- ☐ C.E.S. O.D.F.
- ☐ C.E.S. autres (à préciser)
- ☐ Autres (à préciser)

Profession actuel

- ☐ Chirurgien-dentiste
- ☐ Chirurgien-dentiste spécialiste qualifié en O.D.F.
- ☐ Chirurgien maxillo-facial ou stomatologue
- ☐ Chirurgien maxillo-facial compétent en O.D.M.F.
- ☐ Stomatologue compétent en O.D.M.F.
- ☐ Spécialités médicales autres :
- ☐ PU Faculté :
- ☐ MCU Faculté :
- ☐ PH Faculté :
- ☐ AHU Faculté :

Exercice

- ☐ Libéral
- ☐ Salarié
- ☐ Enseignant
- ☐ Retraité

Adhésion
Prénom et NOM de vos parrains membres titulaires de la SFODF :

Parrain n°1 :Signature :

Parrain n°2 :Signature :

A.....Le Signature :