

Demande d’AFFILIATION

(Merci de compléter les lignes suivantes en caractères d’imprimerie)

Je soussigné(e) :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél portable :

Tél fixe :

Fax :

Email :

Spécialiste qualifié en Orthodontie de la faculté de :

Parrain ou Marraine :

demande mon inscription au C.E.O en tant que membre affilié.

Cette inscription ne sera définitive, qu’après présentation de cas devant la commission d’affiliation, conformément aux statuts.

Bulletin d’adhésion à renvoyer **par mail** à :

Docteur Stéphane BARTHELEMI :
stephane.barthelemi@umontpellier.fr