

Demande d'adhésion

Mme Mr Dr Pr

Nom :

Prénom :

Nationalité :

Profession :

Spécialisation :

Adresse :



Téléphone :

Après avoir pris connaissance des STATUTS et du RÉGLEMENT INTÉRIEUR de la SFMDS, je m'engage à m'y conformer et je demande mon adhésion à la Société Française de Médecine Dentaire du Sommeil en qualité de membre actif.

Date :

Signature :

Conformément aux termes des statuts, le parrainage est assuré par un membre de la SFMDS.

Nom, prénom et signature du parrain.

.....
.....

Signature du parrain :

Demande à retourner

Accompagnée d'un bref curriculum vitae exposant votre intérêt pour la médecine dentaire du sommeil. Il pourra le cas échéant être accompagné de la liste de vos publications dans ce domaine.

A l'adresse suivante : Secrétariat de la SFMDS c/o Colloquium 33 rue La Fayette 75009 Paris

Site web : www.sfmads-sommeil.org

Votre adhésion sera entérinée par le Conseil d'Administration et vous recevrez ensuite la demande de règlement de la cotisation, soit 95,00 Euros.



SFMDS
sfmads-sommeil.org

Société Française de Médecine
Dentaire du Sommeil