

# Collège Européen d'Orthodontie

## Demande d'affiliation

**Je soussigné(e) :** ( Merci de compléter les lignes suivantes en caractères d'imprimerie)

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Pays : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

Téléphone Portable : .....

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 courrier :

Docteur Léna Ruthström-wickberg : 49 rue Pastorelli 06000 NICE  
ou par mail : wickbergs@wanadoo.fr

---