

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
