



DEMANDE D'ADHESION

LE DOCTEUR :		
NOM :		PRENOM :
ADRESSE :		
N° TEL :	N° FAX :	EMAIL :
ANNEE DE DIPLOME :		
<i>Souhaite adhérer à l'Association Française d'Implantologie</i>		

Nom, prénoms des deux parrains :

1° :

2° :

Formation implantaire suivie

-
-
-
-

(prière de joindre la copie des attestations et/ou diplômes)

Règlement des formalités d'inscription :

(sous réserve d'acceptation par le Conseil d'Administration)

295 € (cotisation annuelle 2019)

Prière de joindre deux photos d'identité.

A,..... , le
(signature)