



## DEMANDE D'ADHESION

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

**Nom, prénom du parrain :**

### 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 2022)

**Prière de joindre deux photos d'identité.**

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