



## DEMANDE D'ADHESION

LE DOCTEUR :	
NOM :	
ADRESSE :	
N° TEL :	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 2023)

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

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

Immeuble. Axiome  
5, av. de St Menet  
13011 MARSEILLE  
Tél. 04 91 54 42 54 -  
mail : afi@nerim.net