



DEMANDE D'ADHESION

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

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 2025)

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