

DEMANDE D'ADMISSION EN QUALITE DE MEMBRE CH-Ortho

Nom:	Prénom:	
Date de naissance:	Nationalité:	
Adresse privée:		
NPA et localité:		
Tél:	Fax:	
Email:	Portable:	
Forme de pratique professionnelle:	cabinet individuel	cabinet de groupe
	SA	Sàrl
Adresse professionnelle:		
NPA et localité:		
Tél:	Fax:	
Email:	Site internet:	

Diplôme de médecin-dentiste

fédéral autre: date:

université:

Titres universitaires et spécialisations

fédéral autre: date:

titre:

université:

fédéral autre: date:

titre:

université:

Personnes de référence

Prière d'indiquer nom, prénom et numéro de téléphone de 2 personnes de référence membres de CH-Ortho.

..... Tél:

..... Tél:

Ces données seront traitées de façon confidentielle.

Le candidat déclare avoir pris connaissance des statuts de CH-Ortho et s'engage à le respecter.
De plus, le candidat autorise le responsable des admissions à se renseigner auprès de toutes autorités ou organisations professionnelles.

Lieu et date: Signature:

Annexes

Copie du/des diplôme(s)

autre: