



ASSOCIATION FRANÇAISE POUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA STOMATOLOGIE

RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE

DEMANDE D'ADHESION

Je soussigné(e) :

NOM

PRENOM

PROFESSION

ADRESSE PROFESSIONNELLE

.....

ADRESSE PERSONNELLE

.....

TEL

E-MAIL

Souhaite devenir membre de l'ASSOCIATION FRANCAISE pour le DEVELOPPEMENT
de la STOMATOLOGIE et déclare en connaître les statuts.

PARRAINAGE (Par des membres actifs de l'AFDS) :

M..... Signature :

M..... Signature :

Fait à, le

Signature