



# ASSOCIATION FRANÇAISE POUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA STOMATOLOGIE

RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE

## DEMANDE D'ADHESION

**Montant de l'adhésion 2018 : 80€**  
**(40€ pour les internes et retraités)**

**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 (*disponibles sur le site internet*).

PARRAINAGES (Par des membres du Conseil d'Administration de l'AFDS) :

M ..... Signature :

M ..... Signature :

Fait à ....., le .....

Signature :