

 Monsieur Mme**Nom**

Prénom

Profession, Titre

Date de naissance

Lieu d'origine (Etranger: Nationalité)

Diplôme: année

 fédéral

 autre:

Formation:

Adresse du cabinet

Rue, No

NPA, Lieu

Téléphone

Fax

Homepage

E-Mail

Adresse Privé

Rue, No

NPA, Lieu

Téléphone

Natel

Membre d'une association professionnelleSSO Oui Non

Catégorie

autre

Titre de spécialiste Oui (Année) Non

lequel

Nous autorisez-vous à publier votre adresse?

 Oui Non

Par le présente je fais la demande auprès de l'association Suisse de la médecine dentaire esthétique SGAEZ. Dans le cas ou ma demande est acceptée, les reglements et les decisions de l'SGAEZ sont en vigueur pendant la durée de mon statut de membre. C'est pourquoi je me conforme à la base éthique de l'association et de soutenir dans ce but.

Signature**Date**

A remplir et à retourner à:

Dr. Markus P. Lorch, Präsident SGAEZ, Parkweg 2, CH-4665 Oftringen