

## Demande d'adhésion

Mme     Mr     Dr     Pr

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_  
Spécialisation : \_\_\_\_\_

Adresse :



@

Téléphone :

Après avoir pris connaissance des STATUTS et du RÉGLEMENT INTÉRIEUR de la SFMDS, je m'engage à m'y conformer et je demande mon adhésion à la Société Française de Médecine Dentaire du Sommeil en qualité de membre actif.

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Conformément aux termes des statuts, le parrainage est assuré par un membre de la SFMDS.

Nom, prénom, et signature du parrain.

.....  
.....

Signature du parrain :

### Demande à retourner

Accompagnée d'un bref curriculum vitae exposant votre intérêt pour la médecine dentaire du sommeil. Il pourra le cas échéant être accompagné de la liste de vos publications dans ce domaine.

A l'adresse suivante : Secrétariat de la SFMDS c/o Colloquium  
2-8 rue Gaston Rebuffat  
75019 Paris

Site web : [www.sfmnds-sommeil.org](http://www.sfmnds-sommeil.org)

Votre adhésion sera entérinée par le Conseil d'Administration et vous recevrez ensuite la demande de règlement de la cotisation, soit 90,00 Euros.



**SFMDS**  
sfmnds-sommeil.org

Société Française de Médecine  
Dentaire du Sommeil  
2-8, rue Gaston Rebuffat  
F-75019 Paris  
+33 (0)1 44 64 15 05  
contact@sfmnds-sommeil.org