Demande d'adhésion

☐ Mme ☐ Mr ☐ Dr ☐ Pr

Nom : Prénom :
Date de naissance : Nationalité :

Profession :
Spécialisation :

Adresse :

☏

@

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

Date : Signature :

Aux termes des statuts, le parrainage est assuré par un membre de la SFMDS.
Nom, prénom, adresse complète et signature du parrain.
. . . . . .
. . . . . .
Signature du parrain :

Demande à retourner

- Accompagnée d'un chèque de **90 euros** libellé à l'ordre de la **SFMDS**
- 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
13-15 rue de Nancy
75010 Paris

site web : www.sfmds-sommeil.org

Votre adhésion sera entérinée par le Conseil d'Administration

Adhérer à la SFMDS vous permet de bénéficier de droits d'inscription préférentiels au Congrès du Sommeil.

Secrétaire Générale : Dr Christine Boehm-Hurez
contact@sfmds-sommeil.org

Cadre réservé aux membres du Bureau de la SFMDS

Candidature validée : ☐ Oui ☐ Non
lors du Conseil d'Administration du :

Nom, prénom du signataire :
Signature :

SFMDS
sfmds-sommeil.org

Société Française de Médecine Dentaire du Sommeil
13-15, rue de Nancy
F-75010 Paris
+33 (0)1 23 45 67 89
contact@sfmds-sommeil.org