

## 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  
2-8 rue Gaston Rebuffat  
75019 Paris

Site web : [www.sfmads-sommeil.org](http://www.sfmads-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@sfmads-sommeil.org](mailto:contact@sfmads-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**  
sfmads-sommeil.org

Société Française de Médecine  
Dentaire du Sommeil  
2-8, rue Gaston Rebuffat  
F-75019 Paris  
+33 (0)1 23 45 67 89  
[contact@sfmads-sommeil.org](mailto:contact@sfmads-sommeil.org)