



**BULLETIN d'ADHESION à La
Société Française de Stomatologie
et Chirurgie Maxillo Faciale**

à remplir et envoyer au secrétariat : Maryse Curot, SFSCMF, 6 rue de la Contrie, 44100 NANTES

NOM :	PRÉNOM :	
Date et lieu de naissance		
Adresse professionnelle :		
Code postal :	Ville :	Pays :
Adresse d'envoi de la Revue de Stomatologie :		
Code postal :	Ville :	Pays
Courriel professionnel :		
Courriel personnel :		
(un email est obligatoire)		
Tél. professionnel :		
Tél. portable :		
(un n° de téléphone doit être obligatoirement saisi)		
Parcours professionnel		
Année du CONCOURS (pour les internes) :	Ville :	
Année de la THESE (le statut d'interne est valable 4 années) :		

Titre :

Faculté :

Date de prise de fonction (pour les CCA) :

Etablissement :

DES - DESC :

Date et Inter Région d'obtention :

Ou en cours dans l'inter région :

Autres diplômes : (DEA, DU, MASTER RECHERCHE, ...)

EXERCICE

actuel ◇ **libéral** ◇ **hospitalier** ◇ **mixte** ◇ **interne**

Fonctions hospitalières et/ou universitaires :

.....

.....

NOMS ET SIGNATURES DES PARRAINS (membres adhérents à la SFSCMF)

Docteur

Docteur

Signature :

Signature :

Date et signature du candidat :