



**BULLETIN D'INSCRIPTION**

En retournant ce bulletin et le(s) paiement(s) à l'adresse et à l'ordre d'UNIODF 37 rue d'Amsterdam 75008 PARIS

Dr .....

Adresse : .....

SIRET : .....

Tél. : ..... Fax : ..... Mail : .....@.....

Date de naissance : .....

Année du diplôme : .....

Ville : .....

**EXERCICE :**

Chirurgien Dentiste Omnipraticien

Chirurgien Dentiste Exclusif ODF

Chirurgien Dentiste Spécialiste ODF

Autres .....

Stomatologiste

Enseignement et Charges Hospitalières

**Études spéciales :**

D.U. lequel.....

CES lequel.....

AUTRES : .....

**ADHÉRENT A UN SYNDICAT ?**

NON

OUI, lequel ?.....

**ADHÉRENT A UNE SOCIÉTÉ SCIENTIFIQUE ?**

NON

OUI, laquelle ? .....

**COMMENT NOUS CONNAISSEZ-VOUS ?**

Courrier

Internet

Un Confrère

Une publication

Autre : .....

S'inscrit aux **COURS D'IMPLANTOLOGIE du Dr AUBERT**

**1<sup>ère</sup> PARTIE** - 3 jours - 4, 5 et 6 octobre 2008 et **2<sup>ème</sup> PARTIE** - 3 jours - 1, 2 et 3 novembre 2008 en joignant deux chèques à l'ordre d'UNIODF de :

1 800 €,

1 700 € pour membre UNIODF code :.....

encaissable le 30 septembre 2008

1 800 €,

1 700 € pour membre UNIODF

encaissable le 29 octobre 2008

Les inscriptions, le cachet de la poste faisant foi, seront enregistrées dans l'ordre d'arrivée en fonction des places disponibles.  
Aucune annulation ni remboursement ne seront acceptée à moins de 10 jours du cours.

Accepte les présentes conditions et s'engage à participer aux 6 journées de formation d'IMPLANTOLOGIE 2008 qui auront lieu au C.P.T.G. Centre de Paro-occluso-implantologie et Thérapeutique Globale - 38 rue Castéja - 33000 BORDEAUX France à partir de 8h30.

Date et Signature :

Cachet