

26 Rue de Belfort 92400 COURBEVOIE

Téléphone : 07 67 14 73 37

@ : adhesion@sncpre.org

www.sncpre.org

DEMANDE D'ADHÉSION / ANNÉE 2019

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Nationalité : _____

Adresse personnelle

Tél : _____

E-mail : _____

Adresse professionnelle

Tél : _____

Fax : _____

E-mail : _____

Courrier à adresser : au domicile au cabinet

N° d'inscription à l'Ordre des Médecins : _____

Justification et date de la COMPÉTENCE en Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique (1) :

Noms des deux parrains déjà Membres du Syndicat (1) :

① _____

② _____

(1) Joindre copie de votre diplôme et lettres de parrainage

Je reconnais avoir pris connaissance des statuts du Syndicat National de Chirurgie Plastique Reconstructrice et esthétique, et m'engage à me conformer aux clauses des statuts et aux décisions du Syndicat.

Date :

Signature :