



26 Rue de Belfort 92400 COURBEVOIE  
07 67 14 73 37 - [adhesion@sncpre.org](mailto:adhesion@sncpre.org)  
[www.sncpre.org](http://www.sncpre.org)

## DEMANDE D'ADHÉSION / ANNÉE 2020

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 :**