



BULLETIN D'INSCRIPTION

INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom	Prénom
Date de naissance	Diplôme
Année d'obtention	Lieu d'obtention
Adresse professionnelle	
Téléphone professionnel	Téléphone personnel
E-mail	

VOTRE EXERCICE

- ☐ Oui ☐ Non Je pratique la chirurgie orale (extractions complexes, dents de sagesse, lambeaux...).
- ☐ Oui ☐ Non Je pratique l'implantologie.
- Nombre approximatif d'implants posés par an : _____
- ☐ Oui ☐ Non Je réalise des techniques d'augmentation osseuse.
- ☐ Oui ☐ Non Je réalise la prothèse sur implant.

VOS ATTENTES

Quels sont vos objectifs et vos attentes vis-à-vis de cette formation ?

VALIDATION DE L'INSCRIPTION

☐ Je certifie l'exactitude des informations renseignées.

Date : _____ Signature : _____

Votre inscription sera définitivement validée après réception du bulletin complété accompagné du règlement.