



8, Av Simon Bolivar  
75019 PARIS  
Tél. : 01.40.03.04.37  
Fax : 01.40.03.04.36  
E-mail : SSFODF@wanadoo.fr

## DEMANDE D'INSCRIPTION

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE PROFESSIONNELLE :

TEL :

FAX :

E- MAIL :

ADRESSE PERSONNELLE (Si Nécessaire) :

Date du diplôme (CHIRURGIEN DENTISTE ou DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE ou DOCTEUR EN MEDECINE) :

ACTIVITE EXCLUSIVE EN ODF DEPUIS :

1. Etes vous titulaire du C.E.C.S.M.O (date du diplôme) :
2. Etes vous inscrit(e) sur une liste de SPECIALISTES QUALIFIES :
3. Etes vous inscrit(e) sur une liste de médecins stomatologistes compétents :
4. Etes vous étudiant(e) au CECSMO :  
Date du Certificat d'Aptitude :

Pour tout les cas, veuillez nous adresser une photocopie des pièces justificatives.

**Attention**  
**La protection juridique procurée par le syndicat ne vous dispense pas de souscrire une assurance « responsabilité civile professionnelle », le conseil national de l'ordre a rendu cette souscription obligatoire**

Questionnaire à adresser

Fait a

Au SECRETARIAT

Le

8 avenue Simon Bolivar  
75019 PARIS

Signature