



ASSOCIATION INTERNATIONALE DES ORTHODONTISTES FRANCOPHONES

Nom et prénom(s).....
Lieu et date de naissance.....
Nationalité..... Sexe.....
Adresse privée.....

Tél Fax :.....
Email :.....

Adresse(s) professionnelles(s) :

1)
.....
Tél Fax :.....
Email :.....

2)
.....
Tél Fax :.....
Email :.....

3)
.....
Tél Fax :.....
Email :.....

Membre

- Dentiste
- Orthodontiste qualifié
- Autres :

Je désire être accepté comme membre de L'AIOF. Ma candidature est présentée par deux parrains, eux-mêmes membres de l'AIOF :

Déclaré vrai et sincère à le.....

Signature du candidat

Signature des parrains