

**B U L L E T I N D ’ A D H É S I O N**

**V O S C O O R D O N N É E S P R O F E S I O N N E L L E S**

Veuillez écrire en majuscules ou agrafer votre carte de visite en lieu et place des lignes à remplir ci-dessous.

 **Dr**  **Prof**

**Nom :** ................................................................................... **Prénom :** ...................................................................................

**Fonction :** .................................................................................................................................................................................

**Adresse :** ...................................................................................................................................................................................

**Code Postal :** ....................................... **Ville :** ............................................................... **Pays :** .................................................

**Tel. professionnel :** ...................................................................... **Fax :** ....................................................................................

**Email :** ........................................................................................... **Site internet :** ....................................................................

# J’atteste sur l’honneur être dermatologue

Attention : Ces coordonnées apparaîtront sur l’annuaire des membres

**V O T R E P R A T I Q U E**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VOTRE TRANCHE D’ÂGE :** |  **<30**  |  **31-40**  |  **41-50** |  **51-60** |  **>60** |
| **DEPUIS QUAND EXERCEZ-VOUS ?** |  **<3 ans** |  **>3 ans** |  **> 10 ans** |  |
| **QUE PRATIQUEZ-VOUS ?** |  **Comblement** |  **Volumétrie** |  **Peeling** |  **Toxine botulinique** |  **Radiofréquence** |

**Laser – Machine utilisée :** ………………………………………………………………… **Autre :** …………………………………………………………………………

**D I F F U S I O N D E S C O O R D O N N E E S :**

 **Je souhaite recevoir les newsletters de la SFED**  **Je ne souhaite pas recevoir les newsletters de la SFED**

**A N N U A I R E D E S M E M B R E S:**

  **J’accepte que mes coordonnées soient diffusées sur le site internet de l’association dans la partie « annuaire des membres »**

  **Je refuse que mes coordonnées soient diffusées sur le site internet de l’association dans la partie « annuaire des membres»**

**Cotisation à la SFED : 150 €**

**L’adhésion est effective du 1er janvier au 31 décembre de l’année en cours**

**R E G L E M E N T :**

  **Carte bancaire : VISA/MASTERCARD/ EUROCARD**

**Numéro : / / / / / / / / / / / / / / / / / Date d’expiration : / / / / /**

**Cryptogramme : / / / / (3 derniers chiffres au dos de la carte)**

**Merci de retourner ce formulaire à l’adresse mail suivante :**

**inscription@grdec.com**

**25 rue Anatole France CS 70139**

**92 532 Levallois-Perret Cedex**

**Tél : + 33 (0) 1 53 85 82 77 Mail :** **inscription@grdec.com**

 **Web :** [**www.grdec.com**](http://www.grdec.com/) **- Suivez-nous sur Facebook**