Nom : Prénom :

BULLETIN D’ADHÉSION

À envoyer à isabelle.gauvrit@chu-nantes.fr

Organisme/Etablissement :

Service :

Adresse :

Complément d’adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

Téléphone :

Téléphone 2 :

Email :

Année de naissance :

Année de début d’exercice :

Actif  Retraité 

Activité : Docteur en médecine  Infirmière DE  Psychologue

Cadre de soin Assistante sociale  Patient  Autre

Si autre, laquelle ? :

Année d’obtention du doctorat :

Année d’obtention de la spécialité :

Lieu d’exercice de votre activité : France Métropolitaine  DOM TOM  Autre pays

Si autre, lequel ? :

Orientation professionnelle : Dermatologie vénérologie générale  IST  Oncologie  Chirurgie  Esthétique  Pédiatrie  Autre

Si autre, laquelle ? :

Appartenance à d’autres sociétés :

Si oui les quelles :

Programme ETP expérimenté ou à venir : Dermatite atopique  Psoriasis

Dermite des mains  Urticaire  Autre

Si autre, lequel ? :

Liste des éléments à fournir pour poser votre candidature :

Lettre de motivation

Curriculum vitae

Titres et travaux

**Paiement de votre cotisation : 20 €**

Chèque bancaire à l’ordre de : ACNRAAC, Clinique Dermatologique, Hôtel-Dieu, 44093 Nantes cedex

Virement bancaire : ASS CTRE NANTAIS RECHERCHES PROFESSEUR STALDER

IBAN : FR7630047140100002095230129

BIC : CMCIFR2N