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