



# BULLETIN D'ADHESION ANNEE 2019

SFCD – Service Adhésions  
18, rue Charles Portal Bât C 1  
81000 ALBI

Nom .....

Prénom .....

Adresse .....

Code Postal.....

Ville .....

Tél .....

Mail .....@.....

(Adresse mail impérative pour recevoir votre reçu et vos identifiants)

Année de diplôme ..... 1<sup>ère</sup> année d'exercice .....

Mode d'exercice .....

Si vous adhérez à SFCD pour la 1<sup>ère</sup> fois, merci de cocher cette case

**A compléter et à retourner avec votre règlement de :**

Adhérente : **300 €**

Première année d'exercice : **100 €**

Retraitée : **100 €**

Etudiante : **gratuit**

Supporter Chirurgien-Dentiste : **300 €**

Supporter non C.D. : **100 €**

**Merci d'apposer votre tampon ci-dessous.**

***Libeller votre chèque à l'ordre du SFCD  
et le renvoyer à l'adresse indiquée dans le cadre ci-dessus.***