



BULLETIN D'INSCRIPTION

Renvoyez ce bulletin
d'inscription par mail à :
cdb-formations@wanadoo.fr
ou sous enveloppe à l'adresse
suivante :

C.D.B.
31 rue Mirabeau
37000 TOURS

Nom Prénom

Adresse

.....

Code postal Ville Tél

e-mail

Profession Chirurgien dentiste Orthodontiste

Eventuelles formations complémentaires suivies

Je m'inscris au cycle d'enseignement du CDB.

Le règlement des droits d'inscription s'effectuera lors de la confirmation de l'inscription.

A, le

Signature