

BULLETIN D'INSCRIPTION MASTERCLASS CHIRURGIE ORALE

NOM ET PRENOM DU PARTICIPANT :

.....

EMAIL :

.....

NUMERO DE TELEPHONE :

.....

JE M'INSCRIS À LA MASTERCLASS

CACHET DU CABINET



MERCI DE RETOURNER LE BULLETIN D'INSCRIPTION COMPLÉTÉ JOINT À VOTRE DOSSIER :

SODECHOR SAS - 7 RUE MONTLOSIER - 63000 CLERMONT-FERRAND