

BULLETIN D'ADHÉSION

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

Nom :

Prénom :

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 : Dermite 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