

# BULLETIN D'ADHÉSION

À envoyer à [isabelle.gauvrit@chu-nantes.fr](mailto: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 ou retraité ? Actif

Activité : Docteur en médecine

Si autre, laquelle ? :

Année d'obtention du doctorat :

Année d'obtention de la spécialité :

Lieu d'exercice de votre activité : France métropolitaine

Si autre, lequel ? :

Orientation professionnelle : Dermatologie vénéréologie générale

Si autre, laquelle ? :

Appartenance à d'autres sociétés :oui

Si oui les quelles :

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 1  
 Paypal (bouton souscrire)