



# BULLETIN D'INSCRIPTION

Chirurgien-Dentiste



## SYMPOSIUM D'ODONTOLOGIE NUMÉRIQUE ÉDITION 2025 :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse postale : .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Adresse e-mail : .....

Téléphone : .....

L'inscription ne sera prise en compte qu'après réception des pièces suivantes :

- Le bulletin d'inscription dûment complété
- Le règlement par chèque de 820 euros à l'ordre de CFAOCadCam.

L'encaissement du chèque sera effectué à la clôture des inscriptions soit en mai 2025, permettant de réserver votre place au "Symposium d'Odontologie Numérique".

En cas de désistement de la part de l'inscrit, le montant du chèque de l'inscription pourra être restitué sous conditions.

Les pièces sont à retourner par courrier à :

Association CFAO CadCam  
19 Avenue de la République  
34700 LODEVE - France

Fait à ..... Le .....

Signature (faire précéder de la mention « Lu et approuvé »)

