

Fiche à transmettre au Conseil Départemental

ille-et-vilaine@oncd.org

✉ 16, rue Saint-Hélier 35000 RENNES

## **RECHERCHE ASSISTANT(E) DENTAIRE**

ANNONCE SITE INTERNET ONCD 35/www.odcd35.fr

➤ **TITULAIRE DU CABINET**

<b>NOM</b>	<b>PRENOM</b>
------------	---------------

➤ **SOCIETE**

SCM

SELARL

SCP

ASSOCIES CONCERNES	NOM	PRENOM

➤ **ADRESSE RESIDENCE**  
**PROFESSIONNELLE :**

--

➤ **Téléphone pour vous contacter :**

➤ **Adresse mail :**

Dates du contrat	DEBUT	FIN (si CDD)

**OBSERVATIONS EVENTUELLES :**

*Je soussigné DR*

*Ou Nous soussignés DRS*

*Reconnais(sons) demander la parution de l'annonce ci-dessus sur le site internet du Conseil Départemental des Chirurgiens-Dentistes d'Ille et Vilaine et s'engage(nt) à prévenir le secrétariat dès que cette annonce sera pourvue.*

**Signature du ou des praticiens :**