

Fiche à transmettre au Conseil Départemental

ille-et-vilaine@oncd.org

16, rue Saint-Hélier 35000 RENNES



## COLLABORATION

ANNONCE SITE INTERNET ONCD 35/www.odcd35.fr

### ➤ TITULAIRE DU CABINET

Date de la demande :

NOM	PRENOM
-----	--------

### ➤ SOCIETE

SCM

SELARL

SCP

ASSOCIES CONCERNES	NOM	PRENOM

### ➤ ADRESSE RESIDENCE PROFESSIONNELLE :

--

### ➤ Téléphone pour vous contacter :

### ➤ Adresse mail :

LIBERAL

SALARIAT (obligatoirement pour les étudiants)  Spécialiste ODF

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 :*