

Fiche à transmettre au Conseil Départemental

ille-et-vilaine@oncd.org

✉ 16, rue Saint-Hélier 35000 RENNES



ASSOCIE(E)

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 :

Spécialiste ODF

Dates de prise de fonctions	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 :