

# UNION FRANCOPHONE DES ORTHODONTISTES DE BELGIQUE

## FICHE SIGNALÉTIQUE DES MEMBRES DE L'UNION

Seules les informations précédées d'un astérisque sont nécessaires pour que la demande d'adhésion soit jugée complète et recevable.

\*Nom :

\*Prénoms :

\*Date de naissance :  -  -

\*Sexe : Masculin  Féminin  \*Nationalité

\*Date de diplôme LSD :  Université :

\*Date de la reconnaissance en qualité de spécialiste O.D.F.  -  -

\*Numéro INAMI :  -  -  -

Autres titres universitaires éventuels :

.....  
.....  
.....

Affiliation à d'autres sociétés dentaires et/ou orthodontiques :

.....  
.....  
.....  
.....

\*DOMICILE LEGAL :

Numéro :  Boîte :

Code postal :  Localité

\*Adresse COURRIER souhaitée:

Numéro :  Boîte :

Code postal :  Localité

E-mail : .....@.....

Si vous êtes en société , nom de la société:

.....

**\* ADRESSE PROFESSIONNELLE PRINCIPALE :**

|               |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |          |  |  |         |  |  |
|---------------|--|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|----------|--|--|---------|--|--|
|               |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |          |  |  |         |  |  |
|               |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  | Numéro : |  |  | Boîte : |  |  |
| Code postal : |  |  |  |  |  | Localité |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |          |  |  |         |  |  |
| Tel :         |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  | Fax |  |  |  |  |  |          |  |  |         |  |  |

**\* Autres adresses professionnelles éventuelles :**

1.

|               |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |          |  |  |         |  |  |
|---------------|--|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|----------|--|--|---------|--|--|
|               |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |          |  |  |         |  |  |
|               |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  | Numéro : |  |  | Boîte : |  |  |
| Code postal : |  |  |  |  |  | Localité |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |          |  |  |         |  |  |
| Tel :         |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  | Fax |  |  |  |  |  |          |  |  |         |  |  |

2.

|               |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |          |  |  |         |  |  |
|---------------|--|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|----------|--|--|---------|--|--|
|               |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |          |  |  |         |  |  |
|               |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  | Numéro : |  |  | Boîte : |  |  |
| Code postal : |  |  |  |  |  | Localité |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |          |  |  |         |  |  |
| Tel :         |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  | Fax |  |  |  |  |  |          |  |  |         |  |  |

3.

|               |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |          |  |  |         |  |  |
|---------------|--|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|----------|--|--|---------|--|--|
|               |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |          |  |  |         |  |  |
|               |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  | Numéro : |  |  | Boîte : |  |  |
| Code postal : |  |  |  |  |  | Localité |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |          |  |  |         |  |  |
| Tel :         |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  | Fax |  |  |  |  |  |          |  |  |         |  |  |

4.

|               |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |          |  |  |         |  |  |
|---------------|--|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|----------|--|--|---------|--|--|
|               |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |          |  |  |         |  |  |
|               |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  | Numéro : |  |  | Boîte : |  |  |
| Code postal : |  |  |  |  |  | Localité |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |          |  |  |         |  |  |
| Tel :         |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  | Fax |  |  |  |  |  |          |  |  |         |  |  |

**\* Adresse où vous vous proposeriez d'assumer la GARDE ORTHODONTIQUE**

|               |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |         |  |  |
|---------------|--|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------|--|--|---------|--|--|
|               |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |         |  |  |
|               |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Numéro : |  |  | Boîte : |  |  |
| Code postal : |  |  |  |  |  | Localité |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |         |  |  |
| Tel :         |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |         |  |  |

Les coordonnées que vous nous avez transmises sont indispensables pour donner suite à votre demande ou pour vous tenir au courant de nos activités. Vous avez le droit à tout moment de consulter et de faire rectifier vos données ( la loi du 8/12/92 relative à la protection de la vie privée ). Le traitement des données sera fait par l'Union Francophone des Orthodontistes de Belgique, Avenue des Cerisiers 132/7 1200 Bruxelles.

Date .....

Signature : .....