**ASSOCIATION FRANCOPHONE DE CHIRURGIE ENDOCRINIENNE**

**FORMULAIRE DE CANDIDATURE COMME MEMBRE JUNIOR**

**(A.F.C.E.)**

Prière de dactylographier

NOM: --------------------------------------------------

PRENOMS : --------------------------------------------------

DATE DE NAISSANCE (J-M-A) : --------------------------------------------------

NATIONALITE : --------------------------------------------------

ADRESSE PERSONNELLE :

RUE : --------------------------------------------------

CODE POSTAL : ----------------VILLE --------------------------

PAYS : --------------------------------------------------

ADRESSE PROFESSIONNELLE :

SERVICE : --------------------------------------------------

HOPITAL : --------------------------------------------------

RUE : --------------------------------------------------

CODE POSTAL : ----------------VILLE --------------------------

PAYS : --------------------------------------------------

TEL. PERSONNEL : -------/------/-------------------------

TEL. PROFESSIONNEL : -------/------/-------------------------

FAX PERSONNEL : -------/------/-------------------------

FAX PROFESSIONNEL : -------/------/-------------------------

EMAIL : -----------------------------------------

1 - ETUDES MEDICALES - DIPLOMES

----------------------------------------------------------------------------------------

----------------------------------------------------------------------------------------

----------------------------------------------------------------------------------------

2 - SPECIALISATION EN CHIRURGIE - ANNEES

----------------------------------------------------------------------------------------

----------------------------------------------------------------------------------------

----------------------------------------------------------------------------------------

----------------------------------------------------------------------------------------

----------------------------------------------------------------------------------------

----------------------------------------------------------------------------------------

----------------------------------------------------------------------------------------

----------------------------------------------------------------------------------------

3 – POSTE ACTUEL

----------------------------------------------------------------------------------------

----------------------------------------------------------------------------------------

----------------------------------------------------------------------------------------

4 - VEUILLEZ JOINDRE A CETTE DEMANDE LA LISTE COMPLETE DE

VOS PUBLICATIONS EN CHIRURGIE ENDOCRINIENNE ET UN CURRICULUM VITAE

Signature Date

--------------------------------- -----------------------------------

**PARRAIN**

Je, soussigné, connaissant personnellement le candidat, estime qu’il possède les qualités requises pour être membre junior de l’AFCE.

Nous le proposons comme Membre Junior de l’Association Francophone de Chirurgie Endocrinienne.

1 - NOM : ------------------------------------------------------------------------

ADRESSE : ------------------------------------------------------------------------

------------------------------------------------------------------------

Signature : Membre de l’A.F.C.E. -------------------------------

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DECISION DU BUREAU DE L’A.F.C.E. :

Date d’arrivée du dossier :--------------------------------------------------------------

ACCEPTE  NON ACCEPTE 

Motif : -----------------------------------------

-------------------------------- -----------------------------------------

-----------------------------------------

Signature du Secrétaire de l’A.F.C.E.

Date : ------------------------------------

A envoyer au secrétaire de l’A.F.C.E. dont vous trouverez les coordonnées et l’adresse sur le site chirurgie-endocrinienne.net