

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 :-----

ACCEPTÉ

NON ACCEPTÉ

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