

ASSOCIATION FRANCOPHONE DE CHIRURGIE ENDOCRINIENNE
FORMULAIRE DE CANDIDATURE COMME MEMBRE ORDINAIRE

(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

PARRAINS

Nous, soussignés, connaissant personnellement le candidat, estimons qu'il possède les qualités requises pour être membre de l'AFCE et qu'il est parfaitement compétent en chirurgie endocrinienne.

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

1 - NOM : -----

ADRESSE : -----

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

2 - 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