



INSCRIPTION 2024-25 (ASSISTANTE, SECRÉTAIRE, COORDONNATRICE)

*Prénom et Nom : _____

*Nom de votre employeur : _____

*Adresse de correspondance : _____

*Téléphone clinique : _____

Téléphone cellulaire : _____

*Courriel personnel : _____

(Pour recevoir vos attestations de présence)

* Champs obligatoire

Coût de la cotisation annuelle : Régulière 125\$

Avant le 6 septembre 2024 100\$

Chèque à l'Ordre de « Société Dentaire de Lanaudière » Total : _____

Retourner à :

Société Dentaire Lanaudière
359 rue Notre-Dame
Saint-Sulpice, QC, J5W 3X3

Il n'y a aucun remboursement à moins d'une annulation de l'activité par les organisateurs. Les cours commencent généralement à 8h30 à moins d'avis contraire.

J'ai lu et signé : _____ **Date :** _____