

SOCIETE FRANCAISE DE DERMATOLOGIE PEDIATRIQUE

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Président

J. F. Stalder

Président d'Honneur

M. Larrègue

Secrétaire-Trésorier

C. Labreze

F. Beer

C. Bodemer

F. Cambazard

Y. De Prost

D. Hamel-Teillac

J. Ph. Lacour

L. Martin

J. Mazereeuw-Hautier

P. Plantin

A. Taïeb

**- Je désire devenir membre de la
SOCIETE FRANCAISE DE DERMATOLOGIE PEDIATRIQUE**

NOM :

Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Fax :

E-mail :

Spécialité : Pédiatre..... Date de thèse :
Dermatologue.....
Autre :

Activité : Libérale.....
Hospitalière.....
Hospitalo-universitaire...
Autre :

- Montant de la **cotisation annuelle : 16,00 €**

- Règlement par chèque libellé à l'ordre de :

"Société Française de Dermatologie Pédiatrique",

- Adressé à :

Dr Christine Labrèze, Trésorier SFDP

Unité Dermatologie Pédiatrique

Hôpital PELLEGRIN-Enfants

Place Amélie RABA-LEON 33076 Bordeaux Cedex

- Je désire recevoir un accusé réception du paiement de ma cotisation :

OUI

NON