



The Canadian Academy of Restorative Dentistry and Prosthodontics
l'Académie canadienne de dentisterie restauratrice et de prosthodontie

Fournisseur reconnu



(Demande d'adhésion – membre actif)

Date _____ Date reçue par le comité d'admission _____

Nom complet du candidat _____ Président du comité _____

Nom usuel du candidat _____ Nom du second commanditaire _____

Année de sa promotion _____

Adresse d'affaires _____ Téléphone au bureau _____

_____ Adresse au domicile _____

_____ Télécopieur _____

_____ Courriel _____

Diplômes, institutions d'enseignement et années d'obtention _____

Nombre d'années en pratique _____ Omnipraticien ou spécialiste _____ (nommer spécialité)

Autres organismes et/ou qualifications _____

Expérience en enseignement ou conférences présentées (utiliser le verso si faute d'espace)

Publications (les plus pertinentes s'il y a lieu)

Nombre de congrès de ACDRP assistés (indiquer les années) _____

Signature du commanditaire: _____

Signature du second commanditaire: _____

**Veillez inclure la lettre de recommandation de votre
commanditaire avec cette demande**

Demande d'adhésion aussi en ligne @ www.cardp.ca

