



SFDP

Société Française de Dermatologie
Pédiatrique

Président
F. Boralevi

**Présidente
d'Honneur**
C. Bodemer

Secrétaire-Trésorier
L. Martin

CA
S. Barbarot
C. Chiaverini
S. Hadj-Rabia
T. Hubiche
C. Léauté-Labrèze
A. Maruani-Raphaël
J. Mazereeuw-Hautier
A. Phan
P. Vabres

FORMULAIRE DE RENOUVELLEMENT D'INSCRIPTION

A envoyer à
Secrétariat SFDP
Clinique Dermatologique - CHU Hôtel-Dieu - Place Alexis Ricordeau
44093 NANTES CEDEX 1
ou
secretariat.sfdp@gmail.com

**- Je suis membre de la SOCIETE FRANCAISE DE DERMATOLOGIE
PEDIATRIQUE**

Et désire renouveler ma cotisation pour 2018

NOM :

Prénom : Date de naissance :

Adresse postale :
.....

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 : 50,00 Euros**

- Règlement par chèque libellé à l'ordre de :

"Société Française de Dermatologie Pédiatrique",

- Adressé à :

Dr Sébastien BARBAROT

Secrétariat SFDP

Clinique Dermatologique

CHU Hôtel-Dieu

Place Alexis Ricordeau

44093 NANTES CEDEX 1

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

OUI

NON