



## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Envoyer à  
Secrétariat SFDP  
Clinique Dermatologique - CHU Hôtel-Dieu - Place Alexis Ricordeau  
44093 NANTES CEDEX 1  
ou  
[secretariat.sfdp@gmail.com](mailto:secretariat.sfdp@gmail.com)

2020

- Je désire devenir membre   
- Je désire renouveler mon adhésion

Date : .....

NOM : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse postale : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

E-mail .....

Spécialité : Pédiatre.....  Date de thèse : .....

Dermatologue...  Date de DIU : .....

Interne .....

Autre : .....

Activité : Libérale.....

Hospitalière.....

Hospitalo-universitaire...

Autre : .....

Proportion d'activité de dermatologie pédiatrique : .....% d'activité

- Montant de la **cotisation annuelle : 50,00 Euros**

- Règlement par Carte Bancaire sur le site de la SFDP [ici](#)

- Règlement par chèque libellé à l'ordre de :

**"Société Française de Dermatologie Pédiatrique",**

- Adressé à :

Dr Sébastien BARBAROT  
Clinique Dermatologique  
CHU Hôtel-Dieu  
Place Alexis Ricordeau  
44093 NANTES CEDEX 1

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