

ASSOCIATION DES DENTUROLOGISTES DU CANADA

Formulaire pour le renouvellement du DACnet™

S'il-vous-plaît, remettre votre paiement avec ce formulaire

Nom du denturologue : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Télécopieur _____

Courriel du bureau : _____

Courriel du denturologue : _____

Fournisseur du logiciel : _____

Je suis membre de mon association provinciale : OUI _____ NON _____

RÉSERVÉ À L'USAGE DU BUREAU SEULEMENT:

DACnet™: Numéro unique : _____ - _____ - _____ - _____

Date d'expiration du renouvellement : _____