

Association des denturologistes du Canada
Formulaire de réabonnement à DACnet^{MC}

VEUILLEZ REMETTRE CE FORMULAIRE AVEC VOTRE PAIEMENT DE
RÉABONNEMENT À DACnet

Nom du denturologiste : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Courriel du cabinet : _____

Courriel du denturologiste : _____

Fournisseur de logiciel : _____

POUR USAGE INTERNE SEULEMENT :

DACnet : Numéro unique : ___ - ___ - ___ - _____

Date d'expiration du réabonnement : _____