

Demande d'agrément de Maître de Stage

Demande à adresser au Conseil Départemental de l'Ordre

Le Docteur :

Nom :
Prénom :
N° d'inscription au Conseil de l'Ordre :
SIRET (obligatoire) :
Adresse :
Code postal : Ville :
☎ : ☎ :
Adresse électronique :

Déclare avoir pris connaissance du document "stage actif d'initiation à la vie professionnelle" édité par la faculté de Chirurgie-Dentaire de Rennes.

Demande auprès du Conseil Départemental de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes du département :

à être agréé en qualité de Maître de Stage afin d'accueillir un étudiant de 6^{ème} année de la Faculté de Rennes.

Cachet professionnel	Signature du praticien
Date :	