



ČESKÁ AKADEMIE DENTÁLNÍ ESTETIKY

Registrační formulář pro uchazeče o členství

Příjmení:

Jméno:

Tituly:

Datum narození:



Rok a místo promoce:

Počet let praxe (aktivní):

Adresa fakturační:

Adresa kontaktní (současné pracoviště):

Ulice, číslo:

Město:

PSČ:

IČO:

Email:

Mobil:

Členský poplatek uhradte až po zaslání pokynů k platbě.

Potvrzuji, že uvedené údaje jsou pravdivé.

V:.....

Datum: Podpis uchazeče:

Poskytnuté údaje budou použity pouze pro potřeby ČADE a nebudou poskytnuty třetí straně.

Příhlášku zpracoval:

Dne:

VYPLNĚNÉ PŘIHLÁŠKY ZASÍLEJTE ELEKTRONICKY NA INFO@CZADE.CZ

ČESKÁ AKADEMIE DENTÁLNÍ ESTETIKY Z.S. JIŘÍHO POTŮČKA 228, PARDUBICE, 530 09
REG: VS/1-1/67457/07-R IČO: 28 55 61 86 WWW.CZADE.CZ