



## 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** 2500 Kč uhradte, prosím, převodem na účet **215107905/0300**. Jako variabilní symbol použijte datum narození ve formátu DDMMRR. Následně Vám bude zaslán doklad.

Potvrzuji, že uvedené údaje jsou pravdivé, a že jsem uhradil členský poplatek.

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](mailto: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](http://WWW.CZADE.CZ)