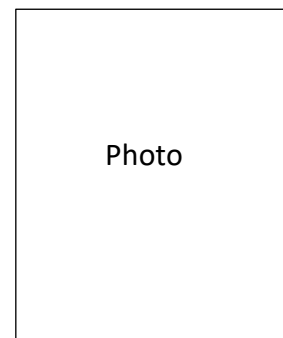


# \_\_\_ Institut de Formation en Orthèse Dentaire \_\_\_

## I.F.O.D.

### Formulaire de pré inscription : Formation de Qualification Professionnelle de prothésiste dentaire spécialisé en orthopédie dento-faciale



**A retourner à l'organisme de formation : IFOD**

Entreprise : .....

Adresse : .....

Tel : ..... Email : .....

Nom du tuteur : ..... fonction : .....

Nom du stagiaire : ..... prénom .....

Date de naissance : ..... sexe : .....

Diplôme(s) : .....

Expériences professionnelles en ODF : .....

Exercice actuel : ..... Statut : .....

Votre inscription ne sera définitive qu'après réception de ce questionnaire, du règlement des frais d'inscription de 35 € à l'ordre de l'IFOD et des places disponibles.

La prise en compte définitive de votre inscription vous sera confirmée par courrier en retour.

Tout dossier incomplet ne pourra être validé.

En cas de non inscription, la somme versée restera acquise à l'IFOD pour les frais de secrétariat et de dossier.

Fait à : le : Signature et tampon de l'entreprise