



Nom et prénom du (de la) participant(e) :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél : Email (obligatoire) :

☐ J'atteste être chirurgien-dentiste libéral en Nouvelle-Aquitaine

☐ Je m'engage à participer à cette journée de 9h à 17h.



**Sur une échelle de 1 à 5, dans quelle mesure
estimez-vous connaître le sujet de la formation ?**

(1 étoile : score le moins élevé / 5 étoiles : score le plus élevé)

