



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne démocratique et populaire
المجلس الوطني لأخلاقيات طب الأسنان
Ordre National des Médecins Dentistes
المجلس الجهوي لأخلاقيات طب الأسنان الجزائر
Ordre Régional des Médecins Dentistes d'Alger

N° :

Région de :

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Sexe : M F

Date et lieux de naissance :

Nationalité :

Situation familiale : Célibataire Marié (e) Divorcé(e) Veuf (ve)

Mail :

Téléphone :

Adresse personnelle :

Adresse Professionnelle :

Etudes secondaires :

Baccalauréat série :

Obtenu le :

à :

Diplôme étranger :

Obtenu le :

à :

Reconnu équivalent le :

Par :

Etudes universitaires :

Diplôme de fin d'étude de chirurgie dentaire : Obtenu le :

à :

Diplôme étranger Équivalent :

Obtenu le :

à :

Équivalence reconnue le :

Par :

Diplôme de spécialité :

Obtenu le :

à :

Titre et grade universitaire :

Titre et fonctions hospitalières :

Autres titres, distinctions ou compétences :

CADRE D'ACTIVITE ACTUEL :

Exercice libéral : Cabinet personnel – Cabinet de groupe – Clinique ou établissement privé

Autres :

Autorisation d'installation à titre privé le : par :

Libellé exact des plaques Ordonnances et carte de visites	Spécimen Cachet

Secteur hospitalo-universitaires :

Secteur public ou parapublic :

Autorisation d'exercice délivrée le : par :

DECLARATION SUR L'HONNEUR (ART 05, CODE DE DEONTOLOGIE) :

Je soussigne :

Sollicite mon inscription sur le tableau des médecins dentistes de la région de :

Je déclare sur l'honneur que :

- Tous les renseignements fournis sur cet imprimé sont exacts
- Je n'ai été condamné à aucune peine infamante et je n'ai été interdit d'exercice dans aucun pays
- Je ne suis actuellement l'objet d'aucune procédure susceptible d'entraîner ma condamnation
- Je respecterai tous les dispositions du code déontologie en particulier, je porterai sur mes cachets, ordonnance et plaques que mes qualifications, titre et fonctions déclarer sur cette demande (art 77 et 78) et jen'exercerai aucune activité commerciale et étrangère à la chirurgie dentaire dans mon cabinet (art 27 et 29).

Fait le : à :

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »