



Formulaire Contribution Membre

✓ Cochez vos choix et signez ci-bas retournez par télécopieur - (418) 658-5393

Je désire me joindre à l'équipe de gestion de notre journal:

Spécifiez - **Liaison académique**

Liaison avec la Recherche dentaire

Liaison avec l'Industrie dentaire

Liaison avec d'autres Publications dentaires

Liaison avec les Autorités réglementaires

Liaison avec les Comités des Congrès annuels de l'ACDRP

Liaison avec le site web de l'ACDRP

Autre _____

Je désire me joindre à l'équipe éditoriale de notre journal:

Spécifiez - **À titre de rédacteur associé**

À titre d'éditeur de section
(mentionnez le sujet _____)

À titre de réviseur scientifique
(mentionnez les sujets _____)

Je désire soumettre un article au journal:

Spécifiez - **Sujet** _____ **Date** _____

COMMENTAIRES:

NOM: _____

SIGNATURE: _____

DATE: _____