

## Election au Conseil d'Administration 2018

### DOSSIER DE CANDIDATURE - VOTE COLLEGE 2

#### Praticiens hospitaliers temps-plein titulaires ou hospitalo-universitaires

#### ETAT CIVIL & CONTACT

Prénom / NOM : \_\_\_\_\_

Date de naissance : --/--/----

Adresse professionnelle : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

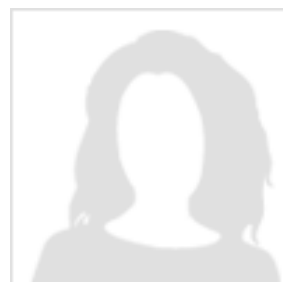
\_\_\_\_\_

Téléphone professionnel : \_\_\_\_\_

Télécopie : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Numéro de membre de la SFD : ----



Joindre obligatoirement votre  
**photo d'identité**

#### ACTIVITE PROFESSIONNELLE

**Mode d'exercice :** (Cocher votre activité prédominante si plusieurs modes d'exercice)

☐ Praticien Hospitalier temps plein titulaire

☐ Praticien Hospitalier – Professeur des Universités

#### MOTIVATION DE LA CANDIDATURE

*(800 caractères maximum)*