

PROCURATION - Semestre de Mai 2024 -

Je soussigné(e) : _____

- **CHU de rattachement** (à cocher) :

- ☐ CHU Montpellier
- ☐ CHU AP-HM
- ☐ CHU Nice

- **Spécialité** (à cocher) :

- ☐ Orthodontie dento-faciale (ODF)
- ☐ Médecine bucco-dentaire (MBD)

- **Mon choix est le suivant** :

- Etablissement : _____
- Terrain de stage : _____
- Responsable : _____

Toute procuration devra être accompagnée de la **photocopie de la carte d'identité**.

Signature

**POUR TOUTE PROCURATION INCOMPLETE,
LE CHOIX S'EFFECTUERA SUR LES POSTES RESTANTS.**