

DEMANDE DE PERMIS DE DIRECTORAT D'UN LABORATOIRE DE PROTHÈSES DENTAIRES
Application for a Dental prosthesis laboratory management permit

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS / GENERAL INFORMATION

Nom / Name : _____ N° Membre : _____
(prénom) (*given name*) (nom de famille) (*surname*) Member no :

Adresse de résidence / Home address

(n° civique, rue, appartement) (*civic number, street, suite*)

(ville) (*city*) (province) (code postal) (*postal code*)

(téléphone) (*phone number*) (cellulaire) (*mobile phone*) (courriel) (*email address*)

Nom et adresse du laboratoire / Name and address of laboratory

(Laboratoire / *Laboratory*)

(n° civique, rue, bureau) (*civic number, street, suite*)

(ville) (*city*) (province) (code postal) (*postal code*)

(téléphone) (*phone number*) (cellulaire) (*mobile phone*) (courriel) (*email address*)

Adresse de correspondance / mailing address **Résidence/Home** **Domicile professionnel / Work**

Expérience pratique / Practical Experience
(Article 3(1) du Règlement / Section 3.1 of the Regulation)

De / From _____ À / To _____

Nom de l'employeur ou du laboratoire / Name of employer or laboratory :

Type de prothèses ou d'appareils fabriqués ou réparés / Type of prosthetics or orthodontic devices produced or repaired

Téléphone de ce laboratoire / Lab telephone number : _____

