

INTERNATIONAL ASSOCIATION OF ENDOCRINE SURGEONS



Application for Membership

(Complete original and 6 copies)

Name/Nom _____

First names/Prénoms _____

Date of birth/Date de naissance _____
day/jour month/mois year/année

Nationality/Nationalité _____

Mailing Address/Adresse postale _____

City/Ville _____ State/Département _____

Zip-Code/Numéro postal _____ Country/Pays _____

Private/Tel privé _____ Hospital/Hôpital _____

Email Address _____

1. Medical Schools/Etudes médicales _____ Degrees/Diplomes _____

2. Post-graduate training in surgery/Specialisation en chirurgie _____ Years/Années _____

Institutions/Institutions _____

3. Present position/Position actuelle _____

4. Please include a complete list of your publications and curriculum vitae (6 copies).

Veuillez-vous joindre à cette demande la liste complète de vos publications et un curriculum vitae (6 copies).

Signature _____ Date _____