



**DEMANDE DE PERMIS DE DIRECTORAT D'UN
LABORATOIRE DE PROTHÈSES DENTAIRE**

Application for a Dental prosthesis laboratory management permit

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS / GENERAL INFORMATION

Nom / *Name* : _____ N° membre : _____
(prénom complet) (*given name*) (nom de famille) (*surname*) *Member No*

Adresse de résidence / *Home address*

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

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

(téléphone / *phone no.*) (télécopieur / *fax*) (adresse électronique / *e-mail address*)

Nom et adresse du laboratoire / *Name and address of laboratory*

Nom du laboratoire / *Name of laboratory*

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

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

(téléphone / *phone no.*) (télécopieur / *fax*) (adresse électronique / *e-mail address*)

Adresse pour la correspondance / *mailing address*: Home 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 produces or repaired* :

Téléphone de ce laboratoire / *Lab telephone number* : _____

