

Formulaire d'enregistrement des cabinets dentaires:

Nom du cabinet *:			
Civilité :		Titre :	
Nom *:		Prénom *:	
Rue *:		No *:	
Code postal *:		Localité *:	
Numéro de tél. *:			
Adresse mail *:			

Adresse de facturation, si différente :

Nom du cabinet *:			
Civilité :		Titre :	
Nom *:		Prénom *:	
Rue *:		No *:	
Code postal *:		Localité *:	

* Nous déclarons que toutes les informations du formulaire sont correctes et complètes.

Nous acceptons que nos données soient enregistrées dans le but de nous contacter ultérieurement. En outre, la confidentialité de toutes les données transmises sur les personnes, les produits et les recettes s'applique. Les exigences du règlement général sur la protection des données s'appliquent (veuillez cocher s.v.p.!).

* **Champ obligatoire à remplir**

Pour vous inscrire, veuillez s.v.p. envoyer le formulaire rempli à logistics@sdk.lu.