



ORDRE NATIONAL  
DES CHIRURGIENS-DENTISTES

CONSEIL DÉPARTEMENTAL  
DES BOUCHES-DU-RHÔNE

---

Je soussigné,

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Qualité : \_\_\_\_\_

Adresse personnelle : \_\_\_\_\_

---

Reconnais avoir pris connaissance de la **réglementation concernant les imprimés professionnels ainsi que la plaque**, réglementation découlant du nouveau Code de Déontologie modifié par Décret n° 94-500 du 15 juin 1944 (*Articles R.4127-216 et R.4127-218 du Code de la Santé*).

Fait à Marseille, le \_\_\_\_\_

*Signature*