

Formulaire Groupe de pratique
à imprimer et envoyer à contact@afpdc.com

Je souhaite être mis en relation avec des confrères pour rejoindre un groupe de pratique.

NOM :

PRÉNOM :

CABINET :

ADRESSE PROFESSIONNELLE :

Date et lieu de la formation au processus collaboratif :

Activités dominantes :

Mes attentes en bref :

Fait à

Le

J'autorise l'AFPDC à conserver mes coordonnées professionnelles en vue d'une mise en relation avec des confrères désireux de rejoindre un groupe de pratique en droit collaboratif.

Signature