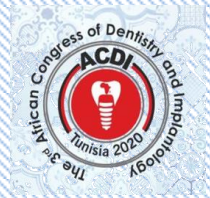




**FACULTÉ DE MÉDECINE DENTAIRE DE MONASTIR**  
**9, 10 ET 11 AVRIL 2020**



**WORKSHOP APPLICATION FORM**  
**FORMULAIRE DE SOUMISSION D'ATELIER**

**2 TO 4 HOURS / 2 À 4 HEURES**

**AUTHORS'S INSTRUCTIONS:**

- Length of the title should not exceed **10 words**
- Word limit for abstracts is **250 words**
- Deadline for submissions is **October 31<sup>st</sup> 2019**
- Please kindly note that submissions must be sent to the following email address:  
[aeom2020@gmail.com](mailto:aeom2020@gmail.com)
- Principle workshop trainer should send his/her CV (**max 100 words**) and picture
- Description of the sponsor company (**max 100 words**)
- This form is to be completed in **English and French**

**INSTRUCTIONS AUX AUTEURS**

- Le titre de la présentation ne doit pas dépasser **10 mots**
- Le résumé ne doit pas excéder **250 mots**
- La date limite de soumission des résumés est le **31 Octobre 2019**
- Veuillez adresser vos propositions à l'adresse mail suivante: [aeom2020@gmail.com](mailto:aeom2020@gmail.com)
- Le formateur principal doit soumettre son CV (**max 100 mots**) ainsi que sa photo
- Description de la société sponsor (**max 100 mots**)
- Prière de remplir ce formulaire en **Anglais et en Français**

WORKSHOP APPLICATION FORM  
FORMULAIRE DE SOUMISSION D'ATELIER

Lead author /Auteur principale :			
First name / Prénom :		Last name / Nom :	
Institution / Etablissement d'affiliation :			
Postal Address : Adresse postale :			
City / Ville :		Country / Pays :	
Phone number/Téléphone :		Email / Email:	

ABSTRACT / RÉSUMÉ

Title / Titre :	
Co-authors with their emails : Co-auteurs avec leurs emails :	
Abstract / Résumé:             <hr/> Curriculum Vitae / Curriculum Vitae :	
Keywords / Mots-clés : ( 3 maximum )	