

BULLETIN ADHÉSION SOP

Bulletin à accompagner de votre règlement à : SOP - 6 rue Jean-Hugues - 75116 Paris

Nom : Prénom :

Adresse :

Ville : CP : _ _ _ _ _

Courriel : @

Téléphone : _ _ _ _ _ / _ _ _ _ _

Année de diplôme : _ _ _ _ Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _

N° RPPS (11 chiffres) : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

N° ADELI (9 chiffres) : _ _ _ _ _ _ _ _ _

TARIF ADHÉSION à la SOP pour chirurgien-dentiste

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cotisation à la SOP pour une année : | 109 euros |
| <input type="checkbox"/> Cotisation à la SOP spécial retraité : | 55 euros (sur présentation justificatif) |

Durée de votre adhésion : une année à compter de la date de votre adhésion.

Exemple : adhésion le 20 novembre 2024 valable jusqu'au 19 novembre 2025.
Un courriel automatique vous sera envoyé pour renouveler ou pas votre adhésion.

- ✓ Je joins un chèque de € à l'ordre de la SOP.

Pour toute adhésion à la SOP,
vous bénéficiez du tarif minoré sur toutes nos Journées de formation à venir !

Accepteriez-vous que vos coordonnées soient communiquées à nos partenaires de l'industrie dentaire de nos journées et de nos cycles SOP ?

- Oui Non