

## 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 : \_ \_ \_ \_

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

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

### TARIF ADHÉSION à la SOP pour chirurgien-dentiste

- Cotisation à la SOP pour une année : **109 euros**  
 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 2023 valable jusqu'au 19 novembre 2024.  
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 nouvelle adhésion à la SOP, vous recevez un accès illimité à tous les Replays (ou retranscriptions vidéos) de nos Journées de formation.

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

Oui  Non