



Bulletin d'adhésion à SOP Avantages

Réservé uniquement aux assistantes dentaires

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....
.....

CP : Ville :

Tel : Portable :

Mail.@.....

☐ adhésion 2019 d'un montant de 25 €

Le bulletin doit être rempli et retourné accompagné de son chèque à l'adresse ci-dessous :

SOP

6, rue Jean Hugues

75116 Paris

Comment avez-vous connu l'offre SOP Avantages ?

☐ JSOP

☐ Facebook SOP

☐ Facebook autre : le quel :

☐ Newsletter SOP

☐ Autre :