



Bulletin d'adhésion à SOP Avantages

Réservez 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 :