



INSTITUT OROFACE

## BULLETIN D'ADHESION - 2019

Je soussigné (e),

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Spécialité :  Dentiste  ODF  CMF  Stomato  .....

Téléphone :

Mobile :

Email\* :

Certifie vouloir adhérer à l'Institut OROFACE pour l'année civile 2019.

Je joins à ce bulletin d'adhésion un chèque de 100 € pour le règlement de la cotisation annuelle 2019.

Je serai informé de toutes les manifestations organisées en 2019 par l'Institut OROFACE via le site internet [www.institutoroface.com](http://www.institutoroface.com) et/ou par mail ainsi que des événements et offres particulières réservées exclusivement aux adhérents.

J'accepte que mes coordonnées apparaissent à la rubrique « Membre » du site internet.

Droit à l'image : Si vous ne souhaitez pas autoriser la publication de photo ou film sur lesquels vous figurez sur le site internet, blog et/ou FB de l'association cochez la case suivante

Le, ..... à .....

Signature (précédée de la mention « Lu et approuvé »)

Veillez adresser ce bulletin dûment complété et accompagné de votre règlement par chèque, libellé à l'ordre de « Institut OROFACE » à l'adresse suivante :

INSTITUT OROFACE  
ADHESION 2019  
4 Bd des Romarins  
13400 AUBAGNE

[www.institutoroface.fr](http://www.institutoroface.fr)