

BULLETIN D'ADHESION - 2021

Je soussigné (e),

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Pays :

Spécialité : Dentiste ODF CMF Stomato

Téléphone :

Mobile :

Email* :

Certifie vouloir adhérer à l'Institut OROFACE pour l'année civile 2021.

Je joins à ce bulletin d'adhésion un chèque ou virement bancaire de 100 € pour le règlement de la cotisation annuelle 2021.

Je serai informé de toutes les manifestations organisées en 2021 par l'Institut OROFACE via le site internet 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 »:

INSTITUT OROFACE
ADHESION 2021
4 Bd des Romarins
13400 AUBAGNE
Institut.oroface@gmail.com

www.institutoroface.fr