

**BULLETIN D'ADHESION S.L.O.**

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (1 Fiche par personne SVP)

Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ @\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Montant : 20€**

* Chèque d’acompte pour inscription de 50% du total à l’ordre de la Société Lyonnaise d’Occlusodontie (S.L.O.), à envoyer au Dr Christine PEREZ – trésorière S.L.O. - 100 rue Bergson 42000 ST ETIENNE – (06.70.38.68.01).
* Ou virement bancaire IBAN : FR76 1027 8073 0100 0142 4554 091 BIC : CMCIFR2A

**CONDITIONS D’ANNULATION : acompte retenu et encaissé 15 jours avant la date.**

**Dr Michèle PAPILLARD Société Lyonnaise d’Occlusodontie, 10 rue Émile Zola. 69002 LYON (07.82.95.98.78)**