



## Bulletin d'adhésion

**Personne Physique**

**Personne Morale**

**Nom ou Raison sociale** : .....

*Si Personne Morale, représentée par (Nom et fonction) :* .....

*Si Personne Morale, combien d'adhérents au sein de l'organisation :* .....

Adresse postale : .....

Téléphone(s) : .....

**E-mail (obligatoire)** : .....

**En adhérant à SOSS, j'accepte que mon nom, ou le nom de ma structure, et mon adresse email soient partagés avec les autres membres de l'association.**

**Je souhaite**                       adhérer    ou                       renouveler mon adhésion

et verse la somme de  **35 €** - Personne Physique                       **100 €** - Personne Morale  
*(en chèque, à l'ordre de Association SOSS)*

**Je souhaite** soutenir l'action de l'association SOSS et verse la somme de : .....€.

*Nous vous remercions de bien vouloir nous renvoyer ce bulletin, accompagné du règlement à :*  
**Denise Faulks, Trésorier Santé Orale et Soins Spécifiques,**  
**23 rue Delarbre, 63000 Clermont-Ferrand.**

A ....., le ...../...../.....

Signature                      Précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

*Informatique et libertés: Les informations demandées sur le présent document sont nécessaires au traitement et à la gestion de votre adhésion. Elles seront recensées dans le fichier informatique de l'association, déclaré auprès de la CNIL. En vertu de l'article 34 de la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 vous disposez d'un droit d'accès, de modification et de rectification des données qui vous concernent. Pour exercer ce droit, adressez-nous un simple courrier (électronique ou postal). Les statuts de l'association sont communiqués sur demande.*