

Nom : .....

Prénom : .....

N° Adeli : ..... ou RPPS : .....

Adresse : .....

E-mail : .....

Tél. : .....

**TARIFS INSCRIPTION (chirurgien-dentiste) cycle HYPNOSE 2019 :**

**Tarifs Membres SOP : 2 950 €; non membres : 3 150 € - Pré-inscription : acompte de 750 euros.**

(Adhésion à la SOP en 2019 : 109 €)

Accepteriez-vous que vos coordonnées soient communiquées à nos partenaires?

Oui

Non