**BULLETIN D’INSCRIPTION**

**1ère Journée Scientifique de la Société Française de Médecine Orale Adaptée**

Nom : ……………………………………………… Prénom : …………………………………………………

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………

Ville : …………………………………………………Code Postal : …………………………………………

Téléphone : ……………………………………….

Email : ………………………………………………. @.............................................................

Montant des frais d’inscription :

* 30 euros par personne correspondant aux frais de restauration (petit déjeuner et déjeuner)

Date limite pour les inscriptions fixée au **20 octobre 2024** à me renvoyer par mail.

Paiement sur place possible par chèque.

 Fait à ……………………………………………… le ………………………………………………

 Signature de l’adhérent

 **SFMOA**

25, rue Damesme – 75013 PARIS

Brau.jean-jacques@wanadoo.fr