

## *Bulletin d'adhésion 2014*

Je soussigné(e) Nom : ..... Prénom .....

Profession .....

Adresse .....

.....

.....

Téléphone .....

Mail .....

déclare, après avoir pris connaissance des statuts de l'Association Francophone de Médecine Buccodentaire du Sport (AFMBS), solliciter mon admission comme membre retraité de l'AFMBS.

Ci-joint un chèque de **15 euros**, libellé au nom de l'AFMBS, représentant la cotisation pour l'année **2014**

Fait à ..... le .....

Signature

(Adresser le bulletin d'adhésion accompagné du règlement au Docteur Philippe POISSON, AFMBS, 20 bis rue Antoine de Saint Exupéry, 33660 Saint Seurin sur l'Isle)