Document à imprimer 🡪 à remplir 🡪 à scanner et à renvoyer à l'adresse suivante :

ou à rendre en mains propres au Cabinet du Dr Corinne ATTIA

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Numéros de téléphone :

Adresse e-mail :

reconnais par le présent document, désire recevoir régulièrement la Newsletter du Cabinet dentaire du Dr Corinne ATTIA (178 Cours Emile Zola 69100 Villeurbanne - 04 78 68 06 60) par e-mail sur mon adresse e-mail mentionnée ci-dessus.

Cette Newsletter est à caractère informatif sur l’actualité du cabinet ainsi que sur la diffusion de conseils liés au domaine dentaire

Date :

Signature *(précédée de la mention « bon pour accord »)*

*(Règle de Confidentialité : Votre adresse mail est strictement confidentielle et ne peut en aucun cas être cédée à un tiers. Conformément à l'article 34 de la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent.****)***