

## BULLETIN D'ADHÉSION.

Je souhaite soutenir l'Association dans son action et être régulièrement informé(e) de ses activités.

A cet effet, je marque mon adhésion en qualité de :

membre

Patient  OUI

NON

### JE VERSE MA COTISATION

par virement bancaire  
au compte 001-1604721-29

en argent liquide

### À TITRE DE

cotisation simple de 12,5 €

don de..... €

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Localité : .....

Téléphone : .....

E.mail : .....