

BULLETIN D'ADHESION ANNUELLE 2011

Coordonnées :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél Fixe : Portable :

E-mail : Fax :

Profession :

Spécialité : N° SIRET :

Activité :

Libérale

Salariée Hôpital Clinique Centre de Santé Autre

Secteur : 1 2 Non conventionné

Je souhaite être membre adhérent de l'Association Ville-Hôpital « Lutter Contre la Douleur » et je règle ma cotisation annuelle pour l'année 2011, d'un montant de 25€.

Je soutiens l'action menée par l'Association Ville-Hôpital «Lutter Contre la Douleur» et je souhaite donc effectuer un don supplémentaire de€.

Mode de règlement : Espèces Chèque bancaire (à l'ordre d'AVH-LCD)

Date/...../ 2011

Signature :