

Adhésion

Association « Soigner ensemble »

Je soussigné(e) Mr, Mme : Prénom :
Profession :
Exerçant à :
Tél :
Adresse e. mail :
ou
Etablissement :
Adresse :

Choisis d'adhérer à l'association « Soigner ensemble en Pays de Fougères »

Et verse une cotisation annuelle :

- 10 euros par adhérent
- 30 euros par domaine d'activité d'un établissement

Règlement par chèque, à l'ordre de l'Association « Soigner ensemble ».

Date et signature :

A renvoyer à Micheline Quesnel-Deshayes
9 rue de la Croix Guérin 35133 Javené

Adhésion

Association « Soigner ensemble »

Je soussigné(e) Mr, Mme : Prénom :
Profession :
Exerçant à :
Tél :
Adresse e. mail :
ou
Etablissement :
Adresse :

Choisis d'adhérer à l'association « Soigner ensemble en Pays de Fougères »

Et verse une cotisation annuelle :

- 10 euros par adhérent
- 30 euros par domaine d'activité d'un établissement

Règlement par chèque, à l'ordre de l'Association « Soigner ensemble ».

Date et signature :

A renvoyer à Micheline Quesnel-Deshayes
9 rue de la Croix Guérin 35133 Javené