

BULLETIN D'ADHESION

- Nom : ■ Prénom :
- Rue :
- Code Postal : Ville : ■ Pays :
- Tél : ■ Mobile :
- E-mail :

Je désire une adhésion pour une personne : 20 €

Je désire une adhésion couple : 35 €

Nom et prénom du conjoint :

Je désire une adhésion membre bienfaiteur pour 30 € ou plus, soit : euros

Vous recevrez votre reçu fiscal pour les sommes versées en fin d'année civile.

Merci de nous indiquer, si vous le souhaitez, ce qui vous a amené à soutenir l'APMF :

Patient Conjoint :

Membre de la famille :

Ami(e) :

Médecin Professionnel de santé Acteur Social Autre :

Sexe H F

Nous vous remercions pour votre soutien !!

Merci de renvoyer par courrier ce bulletin accompagné d'un chèque à l'ordre de l'APMF à l'adresse suivante :

APMF
21 rue MONGE
21160 MARSANNAY LA COTE